



Sehr geehrte Eltern,

es ist soweit: Ihr Kind kommt bald in die Schule. Für Sie und Ihr Kind beginnt ein neuer Lebensabschnitt. Oft treten dann Fragen auf oder es bestehen Unsicherheiten in Bezug auf die Einschulung. Damit Sie mit diesen Fragen nicht alleine sind, möchte unser Team aus Schulärzten/innen und sozialmedizinischen Assistentinnen Sie und Ihr Kind gerne in dieser wichtigen Zeit unterstützen.

Bitte kommen Sie mit Ihrem Kind.....zur Schuleingangsuntersuchung

am	um	Uhr	in
----	----	-----	----

Bringen Sie bitte unbedingt folgende Unterlagen zur Untersuchung mit:

- das **Impfbuch** (Die Vorlage vorhandener Impfausweise und Impfbescheinigungen ist gemäß Art. 14 Abs. 5 Satz 8 GDVG seit 01.01.2013 **verpflichtend**)
- das **gelbe Heft über die Kindervorsorgeuntersuchungen (und ggf. ein Zusatzheft/Extrablatt für die U7a, U8, U9)**
- diesen **Bogen mit ausgefüllter Rückseite**

Die Angaben auf der Rückseite sind freiwillig und verbleiben im Gesundheitsamt. Wir bitten Sie jedoch, die Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten, damit wir Sie und Ihr Kind möglichst gut beraten können.

Sofern Ihr Kind einen **Schwerbehindertenausweis** oder einen **Gesundheitspass** (z.B. Allergiepass, Diabetiker-ausweis o. ä.) besitzt, bringen Sie bitte auch diesen mit, ebenso -falls vorhanden- **Brille oder Hörgerät.**, Falls bei Ihrem Kind in den letzten 3 Monaten ein **Hör- bzw. Sehtest** gemacht wurde, können Sie eine Bescheinigung darüber vom HNO- bzw. Augenarzt mitbringen.

Die Schuleingangsuntersuchung umfasst zunächst bei allen Kindern ein Schuleingangsscreening mit Seh-, Hör-, Sprach- und Entwicklungstests durch eine sozialmedizinische Assistentin.

Bei Bedarf schließen sich in der Folge eine ärztliche Untersuchung mit einer orientierenden Entwicklungsdiagnostik an. **Wenn bei Ihrem Kind die Früherkennungsuntersuchung U9 (vorgesehen im 60. – 64. Lebensmonat) nicht durchgeführt wurde, ist die schulärztliche Untersuchung auf jeden Fall erforderlich.**

Darum lassen Sie die U9 bitte bald bei Ihrem Kinderarzt bzw. Hausarzt durchführen, falls dies noch nicht erfolgt ist.

Bitte beachten Sie:

Der Schule muss eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes über die Teilnahme an der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt werden. Eine Vorlage des gelben Untersuchungsheftes in der Schule ist nicht erforderlich! Die Teilnahme an der Schuleingangsuntersuchung ist nach Art. 80 Satz 1 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen Pflicht.

Die Daten aus der Schuleingangsuntersuchung in Bayern werden in anonymisierter Form (ohne Name und Anschrift) statistisch ausgewertet. So können wichtige Erkenntnisse über den aktuellen Gesundheitszustand der Kinder in Bayern gewonnen werden.

Weitere Informationen zur Schuleingangsuntersuchung entnehmen Sie bitte beiliegendem Flyer oder dem Internet (unter www.lgl.bayern.de/schuleingangsuntersuchung).

Mit freundlichen Grüßen

Bitte wenden

Hinweise zum Ausfüllen dieses Bogens: Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒ Die Beantwortung aller oder auch einzelner Fragen ist freiwillig!

Familiename des Kindes	Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	Anzahl weiterer Geschwister
Muttersprache (Mutter)	Muttersprache (Vater)	Anzahl Erwachsene im Haushalt	Krippen-/KITA/Kindergartenbesuch Dauer in Jahren <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten				
Name(n).....Vorname(n).....PLZ, Ort.....				
Straße.....Tel.-Nr.....				
Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Angaben im gelben Heft)				
Geburtsgewicht: _ _ _ _ Grammm Vollendete Schwangerschaftswochen: _ _ SSW <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt				
Entwicklung				
Wurden bei Ihrem Kind <u>jemals</u> Entwicklungsverzögerungen festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Sprachauffälligkeiten in der Entwicklung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Freies Laufen bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Erste Worte (wie Mama, Papa, Auto) bis 18 Monate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Kind wächst mehrsprachig auf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kontakt mit der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> nicht seit Geburt				
Wenn nicht seit Geburt Kontakt mit der deutschen Sprache, ab welchem Alter? _ Jahre _ _ Monate				
Ist Ihr Kind <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> noch unentschieden				
Liegt oder lag bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitl. Einschränkungen vor?				
Sehstörungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Schielbehandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Brillenträger <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Schwere Hörstörung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:				
<input type="checkbox"/> angeborene, schwere Hörstörung		<input type="checkbox"/> links		<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> erworbene, bleibende Hörstörung		<input type="checkbox"/> links		<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> mit Hörgerät versorgt seit		linksMonat/Jahr		rechtsMonat/Jahr
<input type="checkbox"/> mit Cochlea-Implantat versorgt seit		linksMonat/Jahr		rechtsMonat/Jahr
Angeborene Stoffwechsel-/Hormonstörungen (nur ärztl. diagnostizierte) : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):				
<input type="checkbox"/> MCAD-Mangel <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ I <input type="checkbox"/> Diab. mell. Typ II				
Sonstige chronische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):				
Schwere Behinderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):				
Regelmäßig einzunehmende Medikamente: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?):				
Sind Ihnen Erkrankungen Ihres Kindes bekannt, die bestimmte Vorgehensweisen in Notfallsituationen erfordern (z.B. Allergien, Epilepsie, u.a.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Wenn ja, welche?				
Hat Ihr Kind jemals Fördermaßnahmen oder Behandlungen erhalten?				
Teilnahme am Vorkurs Deutsch <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Sprachtherapie (Logopädie)		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Frühförderung/Heilpädagogik/Ergotherapie		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Krankengymnastik		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> läuft z.Zt. noch <input type="checkbox"/> geplant
Kinderarzt/Hausarzt:				

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten