Bezirksamt Neukölln von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Berlin

Freiwillige Selbstauskunft zur Einschulungsuntersuchung

Mein/ unser Kind

Name: _____ **Vorname**: _____ **geb.**: ____.____.20____

hat einen Kitaplatz ☐ ja ☐ nein

Telefonnummer Personensorgeberechtigte: _____

Email Personensorgeberechtigte: _____

_____
Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte

1. Angaben zur Person

Name des **Kindes**: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯ Geburtsdatum: __ __ . __ __ . __ __ __ __

Staatsangehörigkeit(en): _____ in Deutschland geboren: ja ◯ nein ◯

Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland (Monat/ Jahr)? [ ] [ ]

Geschwister unter 18 Jahre:

Vorname	Geburtsjahr	Vorname	Geburtsjahr
1. _____	__ __ __ __	4. _____	__ __ __ __
2. _____	__ __ __ __	5. _____	__ __ __ __
3. _____	__ __ __ __	6. _____	__ __ __ __

Bitte Eltern **des Kindes** eintragen:

Name der **Mutter**: _____ Vorname: _____

Name des **Vaters**: _____ Vorname: _____

Geburtsland der **Mutter**: _____ des **Vaters**: _____

Staatsangehörigkeit

der **Mutter:** deutsch ja ◯ nein ◯ andere/weitere: _____

des **Vaters**: deutsch ja ◯ nein ◯ andere/weitere: _____

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie mit dem Kind gesprochen?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Name des Kinderarztes/Hausarztes: _____

2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

2.1	Windpocken	ja ◯	nein ◯	weiß nicht ◯
2.2	obstruktive Bronchitis/Asthma	ja ◯	nein ◯	weiß nicht ◯
2.3	angeborene Herzfehler/Herzerkrankungen	ja ◯	nein ◯	weiß nicht ◯
2.4	Krampfleiden (epileptische Anfälle)	ja ◯	nein ◯	weiß nicht ◯
2.5	andere wichtige Erkrankungen/Allergien/Unfälle	ja ◯	nein ◯	weiß nicht ◯
	wenn ja, welche: _____			
2.6	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	ja ◯	nein ◯	weiß nicht ◯
	wenn ja, welche: _____			
2.7	Krankenhausaufenthalte/Operationen	Anzahl	keine ◯	weiß nicht ◯

3. Entwicklung des Kindes

3.1.	Wurde/wird Ihr Kind behandelt/betreut		
	durch eine(n) Krankengymnasten/Krankengymnastin?	ja ◯	nein ◯
	durch eine(n) Ergotherapeuten(in)?	ja ◯	nein ◯
	durch eine(n) Logopäden(in)?	ja ◯	nein ◯
	durch eine(n) Psychologen(in)/Psychiater(in)/Erziehungsberatung?	ja ◯	nein ◯
3.2.	Machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind wegen		
	seines Verhaltens?	ja ◯	nein ◯
	seiner Sprachentwicklung?	ja ◯	nein ◯
	seiner Konzentrationsfähigkeit?	ja ◯	nein ◯
	seines Seh- oder Hörvermögens?	ja ◯	nein ◯
3.3	Nässt Ihr Kind ein?	ja ◯	nein ◯

4. Betreuung des Kindes

4.1	**Seit wann** (Monat/Jahr) geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte (auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)?	Monat / Jahr [ ] [ ]	nicht ◯
	wenn ja, in welche zuletzt: _____		
4.2	Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung?	ja ◯	nein ◯

5. Lebensumfeld

5.1 Das Kind lebt überwiegend bei

Eltern ○ allein erziehender Mutter ○ allein erziehendem Vater ○
Pflegefamilie ○ Verwandten ○ im Heim ○

5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter	Vater
kein Hauptschulabschluss	○	○
Hauptschulabschluss <u>oder</u> weniger als 10. Klasse	○	○
mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse	○	○
Abitur/Fachabitur	○	○

5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter	Vater
keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung	○	○
in Ausbildung/Studium	○	○
abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	○	○
abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule)	○	○

5.4 Berufstätigkeit der Eltern (bitte bei **beiden** Eltern angeben!)

	Mutter	Vater
nicht erwerbstätig, weil		
finde keine Arbeit	○	○
alle anderen Gründe	○	○
teilzeitbeschäftigt	○	○
vollzeitbeschäftigt	○	○

5.5 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt (Ihr einzuschulendes Kind mitgerechnet)?

Erwachsene: ☐ Kinder unter 18 Jahren: ☐

5.6 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind Raucher? ☐ keiner ○

5.7 Wie viele Stunden am Tag beschäftigt sich Ihr Kind im Durchschnitt mit elektronischen Geräten? (elektronische Geräte sind Fernsehen, DVD, Computer, Tablet, Smartphone, Playstation und andere)

Dauer der Beschäftigung pro Tag
- gar nicht ○
- max. 1 Stunde ○
- max. 2 Stunden ○
- max. 3 Stunden ○
- über 3 Stunden ○

mein Kind hat
- einen eigenen Fernseher ○
- andere eigene elektronische Geräte ○
  - **wenn ja**, welche: _____
- kein eigenes Gerät ○

Einverständniserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt.
Die gemachten Angaben werden nach der Verordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom 30.06.1994 erhoben und verarbeitet.
Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.
Ich bin damit einverstanden, dass auch die Angaben des Abschnitts 5 (Lebensumfeld) **anonymisiert** (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Gesundheitsberichterstattung nach den Grundsätzen der statistischen Geheimhaltung und Gesundheitsplanung verarbeitet und gespeichert werden.

Datum .....

Unterschrift .....
der/des Personensorgeberechtigten

1. **Erklärung zur Datenübermittlung <u>durch die Schule</u> an das Gesundheitsamt**

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Schule Vorname, Name, Geburtsdatum und Geschlecht unseres Kindes in einer Klassenliste zur Vorbereitung und Durchführung der schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt.

☐ ja ☐ nein, weiter unter 2.

Ich / wir willigen ein, dass die Schule meinen / unsere Namen und meine / unsere Adresse / Adresse/n zur Kontaktaufnahme mit mir / uns an das Gesundheitsamt übermittelt.

☐ ja ☐ nein

Wir können/ich kann diese Erklärungen jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Schulleitung mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

_____

Datum, Unterschrift/en der Personensorgeberechtigten

_____

Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben

---

2. **Erklärung zur Datenübermittlung <u>durch die Personensorgeberechtigten</u> an das Gesundheitsamt**

Ich bin / wir sind mit der Datenübermittlung durch die Schule an das Gesundheitsamt nicht einverstanden und ich kümmere mich / wir kümmern uns selbst um die Datenübermittlung an das zuständige Gesundheitsamt. Ich / wir verwende/n dazu das mir / uns ausgehändigte Datenblatt.
Wir wissen, dass es sich um eine Pflichtuntersuchung handelt und dass deshalb das Schulamt darauf achten wird, dass wir das Datenblatt an das Gesundheitsamt schicken.

_____

Datum, Unterschrift/en der Personensorgeberechtigten

_____

Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben