



Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin  
PF 91 02 40, 12414 Berlin (Postanschrift)

Dienstgebäude:  
Hans-Schmidt-Str. 16  
12489 Berlin

Kontakt

[gesundheitsamt.kjgd.koepenick@ba-tk.berlin.de](mailto:gesundheitsamt.kjgd.koepenick@ba-tk.berlin.de)

Telefax (030)

030 / 90 297 3764

Datum

## Liebe Eltern,

Ihr Kind wird bald eingeschult und dann die Eingangsstufe der Grundschule besuchen. Für Ihr Kind ist das eine große Veränderung. Es muss nun geistig, aber auch körperlich ganz neue Aufgaben bewältigen. Die meisten Kinder freuen sich auf ihren ersten Schultag. Für manche ist die Umstellung aber auch schwierig, wenn plötzlich so vieles anders ist, als sie es bisher in der Familie oder im Kindergarten gewohnt waren.

Durch die Einschulungsuntersuchung können wir den Entwicklungsstand Ihres Kindes feststellen, und mit Ihnen gemeinsam über notwendige Hilfen und mögliche Förderung beraten, wenn das nötig sein sollte. Unser gemeinsames Ziel ist es, zusammen mit Ihnen sicher zu stellen, dass Ihr Kind die bestmögliche geistige und körperliche Förderung im Schulalter erhält und Freude am Unterricht hat.

Zu dieser bevorstehenden Untersuchung **bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit.**

Die Einschulungsuntersuchung ist gesetzlich vorgeschrieben. Alle Kinder müssen daher vor dem Besuch der Schule von uns, den Ärztinnen oder Ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD), untersucht werden. Dies ist im Berliner Schulgesetz und im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) festgelegt. Bei der Untersuchung überprüfen wir auch, ob Ihr Kind ausreichend gegen Masern geimpft ist. **Bringen Sie bitte daher auf jeden Fall das Impfbuch mit.**



**Bitte wenden !**



### Schulärztliche Untersuchung Ihres Kindes:

.....  
Name

Der **Termin** der gesetzlich vorgeschriebenen schulärztlichen Untersuchung für Ihr Kind ist

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Hans-Schmidt-Str. 16, 12489 Berlin / 2. Etage rechts,  
**Anmeldezimmer ist ausgeschildert!**

**PKW-Fahrer: ggf. Parkhaus bei Kaufland nutzen!!!**

***Sollten Sie den angegebenen Termin wegen dringender Gründe nicht wahrnehmen können,  
melden Sie sich bitte per Mail (mit Ihrer Rückruf-Nummer), um einen neuen Termin zu vereinbaren.***

Die Untersuchung wird ca. eine Stunde dauern.

### Zur Untersuchung bitten wir Sie, folgende Unterlagen mitzubringen:

1. den ausgefüllten beiliegenden Fragebogen
2. das **Impfbuch**
3. das gelbe **Vorsorgeuntersuchungsheft**
4. wichtige ärztliche Befunde und eine eventuell vorhandene **Brille**
5. einen **Dolmetscher, sollte eine Verständigung auf Deutsch schlecht möglich sein!**
6. Wir bitten um nur einen Elternteil (wenn möglich ohne weitere Geschwisterkinder) als Begleitperson. Kommt ein Vertreter (mit Personalausweis), ist eine schriftliche Vollmacht der Eltern erforderlich.

Ferner bitten wir Sie, auf freiwilliger Basis das **Ergebnis des Kitasprachtests** mitzubringen.

Wie bereits erwähnt, sind Sie gesetzlich nur verpflichtet, Ihr Kind zur Untersuchung vorzustellen und dann dabei die notwendigen Angaben zu machen. Wir können uns aber sehr viel besser auf die Untersuchung vorbereiten, wenn Sie bereits vorab den beiliegenden Fragebogen ausfüllen. Wir versichern Ihnen ausdrücklich, dass für alle Angaben uneingeschränkt die ärztliche Schweigepflicht gilt. Sie werden daher auch nicht in die Akten der Schule übernommen, sondern verbleiben im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Zusätzlich zu den aufgeführten medizinischen Unterlagen zu Ihrem Kind bitten wir Sie, uns das Ergebnis des KITASprachtests zur Untersuchung mitzubringen. Dies ist ein Baustein für die Beurteilung der Sprachentwicklung Ihres Kindes bzw. für die evtl. Empfehlung von unterstützenden Fördermaßnahmen. Die Vorlage des Ergebnisses des KITASprachtests ist freiwillig.

Neben der Untersuchung der Kinder und der Beratung der Eltern ist es uns sehr wichtig, einen Gesamtüberblick über die gesundheitliche Lage von Kindern in Berlin ganz allgemein zu gewinnen. Durch die Auswertung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen können wir besondere Brennpunkte von Problemen unserer Kinder erkennen. Dies ist Voraussetzung, um wirksame Maßnahmen zu ergreifen. Daher sind solche Auswertungen sogar im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) vorgeschrieben. Diese Auswertungen erfolgen anonymisiert; niemand kann etwas über ein einzelnes Kind erfahren (statistische Geheimhaltung).

Um ein möglichst gutes und aussagekräftiges Bild zu gewinnen, möchten wir Ihnen zusätzlich noch einige Fragen stellen, die das Lebensumfeld Ihres Kindes betreffen. Die Beantwortung dieser Fragen (Abschnitt 5) ist grundsätzlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch sehr herzlich, auch diese Fragen zu beantworten, weil sie für unsere Arbeit sehr wichtig sind.

Wir freuen uns darauf, Ihr Kind kennen zu lernen.

#### **Zur Beachtung:**

- ❖ **Bitte sehen Sie von Kontaktierungen zwecks Terminvereinbarungen ab!**
- ❖ **Jede Familie, die im Rahmen der Schulanmeldung noch keinen Termin für die Untersuchung im KJGD erhalten hat, wird von uns eine Einladung erhalten.**
- ❖ **Die Untersuchungen finden von Herbst 2025 bis zur Einschulung 2026 statt.**
- ❖ **Bei akuter Erkrankung / Infekt Ihres Kindes bitten wir um Terminverlegung (bevorzugt per Mail oder unter 030/90297 3781)!**

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

# 1. Angaben zur Person

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  divers  Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

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 Mutter/Elternteil A: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Name Vater/Elternteil B: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsland Mutter/Elternteil A: \_\_\_\_\_ Vater/Elternteil B: \_\_\_\_\_

## Staatsangehörigkeit

Mutter/Elternteil A: deutsch ja  nein  andere/weitere: \_\_\_\_\_

Vater/Elternteil B: deutsch ja  nein  andere/weitere: \_\_\_\_\_

## Welche Sprachen werden in Ihrer Familie mit dem Kind gesprochen?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Name Kinderärztin/ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

# 2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

- |     |  |                          |                            |                                  |
|-----|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 2.1 | obstruktive Bronchitis/Asthma                  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.2 | angeborene Herzfehler/Herzkrankungen           | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.3 | Krampfleiden (epileptische Anfälle)            | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.4 | andere wichtige Erkrankungen/Allergien/Unfälle | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
- wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- |     |  |                          |                            |                                  |
|-----|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 2.5 | Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
|-----|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
- wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- |     |                                    |        |                             |                                  |
|-----|------------------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------------|
| 2.6 | Krankenhausaufenthalte/Operationen | Anzahl | keine <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
|-----|------------------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------------|

# 3. Entwicklung des Kindes

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

# 4. Betreuung des Kindes

- |     |   |   |                             |
|-----|---|---|-----------------------------|
| 4.1 | Seit wann (Monat/Jahr) geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte (auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)?    | Monat / Jahr                              | nicht <input type="radio"/> |
|     |   | <input type="text"/> <input type="text"/> |                             |
|     | wenn ja, in welche zuletzt: _____   |   |                             |
|     | wenn Ihr Kind aktuell keine Kita besucht, seit wann nicht mehr?   | <input type="text"/> <input type="text"/> |                             |
| 4.2 | Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung?  | ja <input type="radio"/>                  | nein <input type="radio"/>  |
| 4.3 | Wie viele Stunden pro Tag wird Ihr Kind in der Kita betreut?  |   |                             |
|     | <input type="radio"/> bis zu 5 Stunden <input type="radio"/> 5 - 7 Stunden <input type="radio"/> länger als 7 Stunden |   |                             |

## 5. Lebensumfeld

- 5.1 Das Kind lebt überwiegend bei Eltern   
allein erziehender Mutter/Elternteil A  allein erziehendem Vater/Elternteil B   
Pflegefamilie  Verwandten  in einer Einrichtung
- 5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)  

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
kein Hauptschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschulabschluss <i>oder</i> weniger als 10. Klasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur/Fachabitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)  

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Ausbildung/Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 5.4 Berufstätigkeit der Eltern (bitte bei **beiden** Eltern angeben!)  

	Mutter/ Elternteil A	Vater/ Elternteil B
<i>nicht erwerbstätig, weil</i>		
finde keine Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alle anderen Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
teilzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vollzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 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/Dampfer?   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		mein Kind hat	
gar nicht	<input type="radio"/>	einen eigenen Fernseher	<input type="radio"/>
max. ½ Stunde	<input type="radio"/>	andere eigene elektronische Geräte	<input type="radio"/>
max. 1 Stunde	<input type="radio"/>	<b>wenn ja, welche:</b> _____	
max. 2 Stunden	<input type="radio"/>		
max. 3 Stunden	<input type="radio"/>	kein eigenes Gerät	<input type="radio"/>
über 3 Stunden	<input type="radio"/>		

### Einverständniserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt.

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