

## Medizinische Vorschuluntersuchung (Elternbrief und Elternformular)

Sehr geehrte Eltern der zukünftigen Erstklässlerinnen und Erstklässler,

vor der Einschulung ist sowohl in Deutschland als auch in der Russischen Föderation eine ärztliche Vorschuluntersuchung üblich. Die Untersuchung wird von einer Schulärztin oder einem Schularzt durchgeführt und umfasst Tests zur Motorik, zum Hör- und Sehvermögen, zum Sprachentwicklungsstand und zur psychosozialen Entwicklung. Ziel der Untersuchung ist es, nach Feststellung des Entwicklungsstandes gemeinsam mit Ihnen über mögliche Förder- und Unterstützungsmaßnahmen zu sprechen. Gemeinsam wollen wir dafür sorgen, dass Ihr Kind mit den bestmöglichen Voraussetzungen in die Schule kommt und Freude am Lernen hat. Für die bevorstehende Untersuchung **sind wir auf Ihre Mithilfe dringend angewiesen:**

- 1. Wenn Ihr Kind Besitzer einer deutschen, österreichischen oder schweizerischen Staatsbürgerschaft ist** und Sie keine Möglichkeit finden, die Einschulungsuntersuchung in den Ferien in Deutschland, Österreich oder der Schweiz durchführen zu lassen, so können Sie einen Termin mit dem Regionalarzt der Deutschen Botschaft Moskau vereinbaren. Zu dem Termin sind der **Reisepass**, der **ausgefüllte Elternfragebogen** (siehe unten), der **Impfpass**, ggf. das gelbe Untersuchungsheft, wenn vorhanden die Brille und/oder das Hörgerät und ggf. andere medizinische Unterlagen mitzubringen. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass bei auffälligen Befunden eine Abklärung durch einen Spezialisten erforderlich ist. **Termine können nur nach vorheriger telefonischer Vereinbarung vergeben werden: +7 499 783 4269, Uliza Mosfilmkowskaja 56, Haus 3, Erdgeschoss.**
- 2. Wenn Ihr Kind Besitzer einer russischen Staatsbürgerschaft ist**, so bitten wir Sie in einer russischen Poliklinik Ihres Vertrauens eine Vorschuluntersuchung vornehmen zu lassen.

Wir möchten außerdem auf die Bedeutung der **Masernimpfung** zum Selbstschutz sowie zum Schutz der Schulgemeinschaft hinweisen. Masern werden durch Viren ausgelöst und kommen weltweit vor. Sie sind hoch ansteckend. Eine Masern-Infektion ist keine harmlose Krankheit. Häufig treten Komplikationen und Folgeerkrankungen auf. Weiterführende Informationen finden Sie unter <https://www.masernschutz.de>.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Grundschulleitung der DSM



## 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 und Geburtsjahr):

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

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

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 | obstruktive Bronchitis/Asthma                  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.2 | angeborene Herzfehler/Herzerkrankungen         | 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  nein  weiß nicht

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

2.6 Krankenhausaufenthalte/Operationen Anzahl \_\_\_\_\_ keine  weiß nicht

## 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  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: \_\_\_\_\_

wenn Ihr Kind aktuell keine Kita besucht, seit wann nicht mehr?

ja  nein

4.2 Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung?

#### 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschulabschluss <u>oder</u> weniger als 10. Klasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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	Vater
keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung 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	Vater
<i>nicht erwerbstätig, weil finde</i>		
keine Arbeit 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

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