
Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

Kindertageseinrichtung/Gruppe

Einwilligungserklärung¹ (Schritt 1)

Unser Ziel ist eine fachübergreifende Zusammenarbeit für Ihr Kind.

Deshalb erfolgt eine Entwicklungsbeobachtung durch die Erzieherin oder den Erzieher (Beobachtungsbogen). Den ausgefüllten Beobachtungsbogen können Sie selbstverständlich in der Kindertageseinrichtung einsehen.

Wir bitten Sie um die Einwilligung, diesen Bogen zu Ihrem Kind auswerten zu dürfen.

Ja Nein

Nach der **Basisuntersuchung in Schritt 1** erhalten Sie einen Befundbericht.

Gern würden wir der Erzieherin oder dem Erzieher die Ergebnisse unserer Untersuchung zur Verfügung stellen, damit sie bei der Förderung Ihres Kindes in der Kindertageseinrichtung berücksichtigt werden können.

Wir bitten Sie deshalb um Ihre Einwilligung (beinhaltet gegebenenfalls eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht),

1. Informationen zur Entwicklung und Förderung Ihres Kindes mit der Erzieherin oder dem Erzieher auszutauschen,

Ja Nein

2. der Kindertageseinrichtung den Befundbogen mit den Ergebnissen der Untersuchung zur Verfügung zu stellen.

Ja Nein In diesem Fall bitten wir Sie, den Befundbogen selbst abzugeben.

In einigen Kindertageseinrichtungen findet im letzten Jahr vor der Schule eine enge Zusammenarbeit mit den Kooperationslehrkräften der Grundschulen statt. Für diese ist es in ihrer pädagogischen Arbeit hilfreich, das Untersuchungsergebnis verwenden zu können. Wir bitten Sie deshalb auch um Ihre Einwilligung, die Ergebnisse unserer Untersuchung der für die Kooperation zuständigen Lehrkraft zur Verfügung zu stellen.

Ja Nein

Wichtig: Ist in Schritt 1 nach der Basisuntersuchung noch eine ergänzende schulärztliche Untersuchung oder eine Sprachstandsdiagnostik erforderlich, werden die dabei erhobenen Befunde mit Ihnen besprochen und nur mit Ihrer Einwilligung weitergegeben.

Selbstverständlich können Sie jede Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Gesundheitsamt widerrufen oder erst zu einem späteren Zeitpunkt geben. Ihnen und Ihrem Kind entsteht dadurch kein Nachteil.

Ort, Datum, Unterschrift einer sorgeberechtigten Person

¹ Antworten auf die häufigsten Fragen zur Einschulungsuntersuchung finden Sie unter <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/gesundheitsfoerderung-und-praevention/schulgesundheitspflege/>

Befundmitteilung/Einwilligungserklärung (Schritt 1, ergänzende Untersuchung)

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

Kindertageseinrichtung/Gruppe

wurde im Rahmen von Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung ärztlich untersucht.

Es ergaben sich folgende Befunde:

Es erfolgte eine befundorientierte Beratung einer sorgeberechtigten Person.

Ort, Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD)

Ich willige ein, dass die Ärztin/der Arzt des KJGD zu den mit mir besprochenen schulrelevanten Gesundheitsfragen

- mit der Kooperationslehrkraft/Schulleitung der Grundschule,
- mit Erzieherinnen und Erziehern
- sowie gegebenenfalls mit der fördernden Stelle

Kontakt aufnimmt und Informationen austauscht. Die Einwilligung beinhaltet die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja Nein

Ich willige ein, dass die Ärztin/der Arzt des KJGD zu den mit mir besprochenen schulrelevanten Gesundheitsfragen Kontakt mit der Kinderärztin/dem Kinderarzt oder der Hausärztin/dem Hausarzt aufnimmt und Informationen austauscht. Die Einwilligung beinhaltet die gegenseitige Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja Nein Haus- oder Kinderärztin/arzt: _____

Ich kann meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Gesundheitsamt widerrufen oder erst zu einem späteren Zeitpunkt geben.

Ort, Datum Unterschrift einer sorgeberechtigten Person

Kopfbogen der unteren Gesundheitsbehörde

Befundmitteilung/Einwilligungserklärung (Schritt 2, ergänzende Untersuchung)

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

Kindertageseinrichtung/Gruppe

wurde im Rahmen von Schritt 2 der Einschulungsuntersuchung ärztlich untersucht.

Es ergaben sich folgende Befunde:

Es erfolgte eine befundorientierte Beratung einer sorgeberechtigten Person.

Ort, Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD)

Ich willige ein, dass die Ärztin/der Arzt des KJGD zu den mit mir besprochenen schulrelevanten Gesundheitsfragen

- mit der Kooperationslehrkraft und der Schulleitung der Grundschule,
- mit Erzieherinnen und Erziehern
- sowie gegebenenfalls mit der fördernden Stelle

Kontakt aufnimmt und Informationen austauscht. Die Einwilligung beinhaltet die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja Nein

Ich willige ein, dass die Ärztin/der Arzt des KJGD zu den mit mir besprochenen schulrelevanten Gesundheitsfragen Kontakt mit der Kinderärztin/dem Kinderarzt oder der Hausärztin/dem Hausarzt aufnimmt und Informationen austauscht. Die Einwilligung beinhaltet die gegenseitige Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja Nein Haus- oder Kinderärztin/arzt: _____

Ich kann meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Gesundheitsamt widerrufen oder erst zu einem späteren Zeitpunkt geben.

Ort, Datum Unterschrift einer sorgeberechtigten Person

Antrag der zuständigen Schule auf schulärztliche Beurteilung

Grundschule: _____

Name, Vorname des Kindes: _____ geb.: _____

Anschrift, Telefonnummer: _____

Schulanmeldung am: _____

Besuch einer Kindertageseinrichtung: Nein Ja von/bis: _____

Kindertageseinrichtung _____ in _____

Antrag auf vorzeitige Aufnahme in die Schule (VS):

Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch (ZS):

Empfehlung einer schulärztlichen Beurteilung durch:

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Eltern | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Erzieherin/Erzieher | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Für die Kooperation zuständige Lehrkraft | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Begründung/Fragestellung:

Die Schulleitung hat ferner beantragt / der Schulleitung liegt vor:

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Pädagogisch-psychologische Prüfung: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonderpädagogische Diagnostik: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Falls bekannt:

Teilnahme an Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung: Ja Datum: _____
(23-12 Monate vor termingerechter Einschulung) Nein

Fanden/finden Maßnahmen zur Förderung der kindlichen Entwicklung statt:

| ◆ | Ja | Nein | Ggf.: Welche(r)? | Seit/bis wann? |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------|----------------|
| Zusätzl. intensive Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Frühfördermaßnahmen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Besuch eines Schulkindergartens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Sonstige Maßnahmen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |

Datum: _____ Unterschrift/ Stempel der Schule: _____