



## Gesundheitsvorsorge im Kindergarten

Sehr geehrte Eltern,  
das Gesundheitsamt kommt in Ihren Kindergarten!

### Hör- und Sehtest

Wir bieten bei allen Kindern eines Jahrgangs einen standardisierten **Hör- und Sehtest** an. Die Anwesenheit eines Elternteils ist nicht unbedingt erforderlich. Auffällige Befunde werden Ihnen schriftlich mitgeteilt. Wir bitten Sie, die persönlichen Daten Ihres Kindes auf der Rückseite dieses Schreibens unter **A)** einzutragen und die **Einverständniserklärung** unter **B)** zu unterschreiben.

### Impfschutz

Bitte geben Sie Ihrem Kind am Untersuchungstag den **Impfpass** und das **gelbe Untersuchungsheft** mit. Um die Einsicht durch Unbefugte zu vermeiden, können Sie auch einen verschlossenen Umschlag mit den Hinweis „Vertrauliche Gesundheitsinformation“ verwenden und diesen für uns im Kindergarten hinterlegen. Eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes überprüft dann die Aktualität des Impfschutzes und sieht das gelbe Heft ein.

Für eventuell anstehende Fragen zum Thema Impfen oder Vorsorgeuntersuchungen stehen wir gerne zur Verfügung.

### Ärztliche Untersuchung

Bei besonderen Fragestellungen kann Ihr Kind – nach Terminabsprache mit dem Kindergarten – vom Jugendarzt/von der Jugendärztin untersucht werden. Hierbei muss ein Erziehungsberechtigter anwesend sein. Die ärztliche Untersuchung ist keine Verpflichtung, sondern eine zusätzliche, für Sie kostenlose Möglichkeit der **Gesundheitsvorsorge** für Ihr Kind. So können - in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten - frühzeitig **optimale Förderpläne** für Ihr Kind erstellt werden.

In diesem Fall bitten wir Sie schon zuhause die umseitigen Gesundheitsfragen unter **C)** zu beantworten!

Für Ihre Fragen steht Ihnen das Team des Gesundheitsamtes gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
der Kinder- und Jugendärztliche Gesundheitsdienst (KJGD)

Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen

**Ihre Mitteilungen werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!**

Bitte **Impfpass** und **gelbes U-Heft** mitbringen!

<b>A)</b>				Kind				Vater				Mutter			
Name				Name				Name				Name			
Vorname				Vorname				Vorname				Vorname			
Geburtsdatum				Postleitzahl				Postleitzahl				Postleitzahl			
Geburtsort				Wohnort				Wohnort				Wohnort			
Name des Kindergartens				Straße				Straße				Straße			
im Kindergarten		seit Monat/Jahr		bis voraussichtlich Monat/Jahr				Hausnummer				Hausnummer			
								Telefon-Nr.				Telefon-Nr.			
Geburtsjahr der Geschwister				19	19	19	19	20	20	20	20	20	20	20	20

**B) Einverständniserklärung für den Seh- und Hörtest**  
 Ich bin mit einer Hör- und Sehtest-Untersuchung meines Kindes im Kindergarten – auch in meiner Abwesenheit - durch das jugendärztliche Team einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**C) Freiwillige Angaben für den untersuchenden Arzt:**

schwere Krankheiten bei nahen Angehörigen?			
Schwangerschaft und Geburtsverlauf	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> sonstige Besonderheiten (z.B. Lebensgefahr des Kindes)	<input type="checkbox"/> Normalgeburt <input type="checkbox"/> Sauglocke Geburtsgewicht: _____ Gramm	<input type="checkbox"/> Zangengeburt <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Wurde das Kind gestillt, wenn ja wie lange?
Entwicklung des Kindes	frei laufen mit _____ Monaten	tags und nachts sauber mit _____ Monaten	Zwei-Wort-Sätze sprechen mit _____ Monaten
durchgemachte Erkrankungen des Kindes	<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung <input type="checkbox"/> Ringelröteln
Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle			

Fragen zur Gesamtentwicklung:	ja	weiß nicht	nein
Kann Ihr Kind Roller/Laufrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind mindestens 10 Minuten stillsitzen (z.B. beim Essen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind mindestens 30 Minuten konzentriert spielen (bleibt es bei einem Spiel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht Ihr Kind von sich aus auf andere Kinder zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt Ihr Kind gerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind mit einer Bastelschere schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind oft fröhlich und ausgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind viel geschrieen im Säuglingsalter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Appetitstörungen (sehr wählerisch, wenig Appetit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schlafstörungen (mind. dreimal/Woche schlechtes Ein- bzw. Durchschlafen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund, schnarcht es?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind lieber alleine als mit anderen zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihrem Kind schwer sich von Ihnen zu trennen (mind. ¼ Stunde Schreien oder Weinen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind tägliche Wutausbrüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind empfindlich bereits auf kleinste Veränderungen in seiner Umgebung (z.B. in seinem Zimmer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt Ihr Kind öfter über spezielle Schmerzen (z.B. Kopf- oder Bauchschmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind panische Angst vor speziellen Dingen oder Situationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind mehr als 7 Infekte im Jahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sonstige Angaben für den untersuchenden Arzt**