



## Ärztliche Untersuchung auf der Kindergartenstufe

### Informationsschreiben an die Eltern vor dem Eintritt ihres Kindes in den Kindergarten

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Die Gesundheitsvorsorge ist ein wichtiges Anliegen der Schule. Um diese Vorsorge zu gewährleisten, sieht das Gesetz für jedes Kind beim Eintritt in den Kindergarten eine ärztliche Untersuchung vor. Wir empfehlen Ihnen, die Vorsorgeuntersuchung kurz vor dem Eintritt in den Kindergarten bei Ihrer Privatärztin oder Ihrem Privatarzt durchführen zu lassen.

Untersucht werden der Entwicklungsstand und die Seh- und Hörfunktion. Diese gesundheitlichen Faktoren sind Voraussetzung für ungestörtes Lernen und eine gute Lernentwicklung Ihres Kindes. Ebenso ist ein genügender Impfschutz wichtig, denn dieser schützt Ihr Kind vor übertragbaren Krankheiten. Generell ist Impfen freiwillig und braucht das Einverständnis der Eltern. Kinder ohne Impfschutz können allerdings vorübergehend von der Schule ausgeschlossen werden - beispielsweise bei einem Masernausbruch.

Bitte nehmen Sie das beiliegende Rückmeldeformular „Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes“ zusammen mit dem Impfausweis Ihres Kindes zur privatärztlichen Untersuchung mit. Die Vorsorgeuntersuchung im Kindergartenalter ist im Leistungskatalog der Krankenversicherung enthalten und wird von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Mit dem von der Privatärztin oder dem Privatarzt unterschriebenen Rückmeldeformular „Bestätigung der Privatärztin / des Privatarztes“ informieren Sie die Schulverwaltung, dass die Untersuchung stattgefunden hat. Wenn Sie während des ersten halben Jahres nach Kindergarteneintritt bei der Schulverwaltung keinen Nachweis über die durchgeführte privatärztliche Untersuchung einreichen, wird die Schulärztin / der Schularzt die ärztliche Untersuchung im Auftrag der Schule durchführen und über Ihre Krankenkasse verrechnen.

Die Untersuchung kann auch durch die Schulärztin oder den Schularzt durchgeführt werden, wenn Sie dies wünschen. Bitte tragen Sie in diesem Fall nur die Personalien des Kindes ein und kreuzen Sie das Formular ganz unten an.

Wir danken Ihnen, dass Sie das Formular möglichst bald an die Schulverwaltung zurücksenden. Falls Sie im Zusammenhang mit der Untersuchung Fragen haben, können Sie sich direkt an Ihre Schulverwaltung wenden.

Besten Dank und freundlichen Grüsse

Schulverwaltung

Beilage: - Rückmeldeformular: Bestätigung der Privatärztin / des Privatarztes  
- Befundformular der Privatärztin / des Privatarztes (zuhanden Schularzt/-in)



*(bitte separat ausdrucken)*

## Rückmeldeformular: Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes über die Untersuchung im Rahmen der obligatorischen ärztlichen Gesundheitsvorsorge auf der Kindergartenstufe

(ausgefüllt zuhanden der Schulverwaltung schicken)

Name des Kindes: .....

Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

Kindergarten/Lehrperson: .....

Schulhaus: .....

Name / Vorname der Eltern / Erziehungsberechtigten:

.....

Adresse: .....

durchgeführt am: .....  wird durchgeführt am: .....

**Folgende schulrelevante Gesundheitsindikatoren wurden von der Privatärztin / vom Privatarzt  
untersucht (bitte entsprechendes ankreuzen):**

**Entwicklungsstand:**

altersentsprechend       nicht altersentsprechend

**Sehen:**

unauffällig       auffällig mit Kontrolle       Brillenrezept / Anweisung für Unterricht

**Hören:**

unauffällig       auffällig mit Kontrolle       Behandlung / Anweisung für Unterricht

**Schulrelevante Befunde sind mit Einverständnis der Eltern der Schule bzw. der Lehrperson zu  
melden und sie zum richtigen Umgang anzuweisen.**

Ort und Datum:

.....

Stempel und Unterschrift der Privatärztin/des  
Privatarztes

---

**Wahlmöglichkeit ärztliche Gesundheitsvorsorge direkt bei der Schulärztin / beim Schularzt**

die obligatorische Untersuchung soll bei der Schulärztin / beim Schularzt stattfinden

*(Nur die Personalien des Kindes und der Eltern ausfüllen und das Formular der Schulverwaltung zu-  
senden)*



(bitte separat ausdrucken)

## Befundformular der Privatärztin / des Privatarztes zuhanden der Schulärztin / des Schularztes

(ausgefüllt an die Schulverwaltung mit Vermerk „zuhanden Schulärztin / Schularzt“ schicken)

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Kiga/Lehrperson: .....

Schulhaus: .....

Adresse: .....

Name / Vorname der El- .....

Angaben zur Untersuchung  
(mit Einverständnis der Eltern)

Bemerkungen/Resultate:

Es wurde untersucht:

	Ja	Nein		
Länge und Gewicht			cm	kg
Visus			Re	Li
Stereoskopes Sehen (3-D-Sehen)				
Gehör mit Audiometrie				
Beurteilung Entwicklungsstand				
Motorik/Sprache				

	Ja	Nein		Ja	Nein
Impfstatus kontrolliert			Impfschutz MMR vollständig		
Impfschutz Di/Te/Per/Polio vollständig			Hepatitis B		
Varizellen			Andere Impfungen		

Folgende Impfungen wurden durchgeführt:

2. MMR     Di/Te/Per/IPV  
 andere: .....

Ort, Datum:

.....

Stempel und Unterschrift der Privatärztin / des Privatarztes