LANDKREIS
HAVELLAND
Der Landrat

LANDKREIS **HAVELLAND** | Platz der Freiheit 1 | 14712 Rathenow

Dienststelle **Nauen**
Dezernat/Amt II/ 53.2, Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Auskunft erteilt **Frau Czerniak**

Goethestraße 59/60
Zimmer 217
14641 Nauen
Telefon 03321 - 403 5316
Fax 03321 - 403 35316
***E-Mail ramona.czerniak@havelland.de

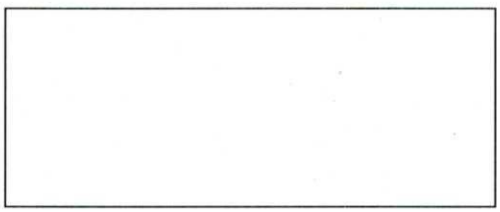
Datum und Zeichen Ihres Schreibens
Mein Zeichen/Aktenzeichen
(Bitte stets angeben)
Datum **29.09.2025**

Einschulungsuntersuchung

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind wird demnächst eingeschult und damit sowohl körperlich als auch geistig vor neue Aufgaben gestellt.
Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist gesetzlich verpflichtet, vorher zu prüfen, ob den zu erwartenden Leistungsanforderungen gesundheitliche Schäden oder Störungen entgegenstehen, die der zusätzlichen Hilfe von Seiten des Arztes oder des Lehrers bedürfen. Auch soll festgestellt werden, ob Ihr Kind in seiner gesamten Reifeentwicklung den Anforderungen der Schule gewachsen ist.
Um dies beurteilen zu können, ist eine eingehende ärztliche Untersuchung erforderlich, die auch gesundheitliche Besonderheiten in der Familie und der bisherigen Entwicklung Ihres Kindes berücksichtigt. Ein möglichst zuverlässiges Untersuchungsergebnis kann dabei nur mit Ihrer verständnisvollen Hilfe erreicht werden. Alle für den Arzt wichtigen Fragen sind in dem beiliegenden Fragebogen zusammengestellt. Bei Ihrer Beantwortung bedarf es erfahrungsgemäß einiger Überlegung, ich bitte Sie daher, den Bogen schon zu Hause auszufüllen und mitzubringen.

Die Einschulungsuntersuchung findet am _____ um _____ Uhr
in der statt.



Mein HVL

Außer dem ausgefüllten Fragebogen bringen Sie bitte am Untersuchungstag mit

1. das **Impfheft** (Impfdokumente),
2. das Vorsorgeheft,
3. Bescheinigungen wie z.B. den Schwerbehindertenausweis, Allergiepass, Herzpass
4. falls vorhanden, verschriebene Hilfsmittel wie Brille (Brillenpass), Hörgerät o. ä.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Landkreis Havelland
Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Goethestraße 59/60
14641 Nauen

Ihr Kinder- und Jugendarzt

Elternfragebogen zur Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes – Einschulung

Anlage 2
zu § 3 Abs. 1 Nr. 2 KJGDV

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillige Angaben.

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
		__.__.____

Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten	Telefon/Handy*

Kitauntersuchungen: Name und Anschrift der Kindertagesstätte bzw. Kindertagespflege	Zusätzlich bei Schuleingangsuntersuchungen: Name und Anschrift der Schule auf die das Kind voraussichtlich gehen wird

Schwerbehindertenausweis vorhanden?	Ggf. Grad der Behinderung	Ggf. Pflegegrad
○ Ja ○ Nein	_____	○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

1. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals ärztlich diagnostiziert?

Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Epilepsie
- ☐ ADS/ADHS
- ☐ Sprachauffälligkeit
- ☐ Sehstörung
- ☐ Hörstörung
- ☐ Herzfehler/Herzerkrankung
- ☐ Nieren- und Harnwegserkrankung
- ☐ Allergischer Schnupfen/Augenentzündung
- ☐ Asthma bronchiale
- ☐ Allergische Hauterkrankung
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit
- ☐ Tumor/Krebserkrankung
- ☐ Hüfterkrankung
- ☐ Wirbelsäulenleiden
- ☐ Bewegungsstörung
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Autismus-Spektrum-Störung (ASS)
- ☐ Schilddrüsenfunktionsstörung
- ☐ Andere, und zwar _____
- ○ **Keine**

2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ COVID-19
- ☐ Hand-Fuß-Mund-Krankheit
- ☐ Borreliose
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Hirn-/Hirnhautentzündung
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Ringelröteln
- ☐ Röteln
- ☐ Rotavirus-Infektion
- ☐ Scharlach
- ☐ Windpocken
- ☐ Andere, und zwar _____
- ○ **Keine**

3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten?

Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Mittelohrentzündung
- ☐ Hals-/Mandelentzündung
- ☐ Pseudokrupp-Anfall
- ☐ Bronchitis
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Magen-Darm-Infektion
- ☐ Fieberkrämpfe
- ☐ Cerebraler Krampfanfall
- ☐ Blasen- und Harnwegsentzündung
- ☐ Andere, und zwar _____
- ○ **Keine**

4. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Verhaltensauffälligkeiten?

Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Konzentrationsstörung
- ☐ Bettnässen
- ☐ Einkoten
- ☐ Ängstlichkeit
- ☐ Aggressivität
- ☐ Schlafstörung
- ☐ Motorische Unruhe/Hyperaktivität
- ☐ Unüberlegte/riskante Handlungen
- ○ **Keine**

5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?

Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Kinderarzt/Hausarzt
- ☐ Zahnarzt
- ☐ Kieferorthopäde
- ☐ Augenarzt
- ☐ Hals-Nasen-Ohren-Arzt
- ☐ Hautarzt
- ☐ Urologe
- ☐ Chirurg/Orthopäde
- ☐ Kinder- und Jugendpsychiater
- ☐ Andere, und zwar _____
- ○ **Bei keinen**

6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?
Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Logopädie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Physiotherapie/ Krankengymnastik
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- ☐ Integrationskita
- ☐ Einzelintegration
- ☐ Sprachförderung in der Kita
- ☐ Frühförder- und Beratungsstelle
- ☐ Psychologische Behandlung/Psychotherapie
- ☐ Psychiatrische Institutionsambulanz (PIA)
- ☐ Anderes, und zwar _____
- ○ **Keine**

7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?
Mehrfachnennungen möglich.

- ☐ Sehhilfe (z. B. Brille)
- ☐ Hörhilfe
- ☐ Orthese
- ☐ Zahnersatz (Prothese, Platzhalter)
- ☐ Anderes, und zwar _____
- ○ **Keine**

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

○ Ja Namen der Medikamente: _____ ○ Nein

9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?

○ Ja Namen der Medikamente: _____ ○ Nein

10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert, bzw. ist eine Operation geplant?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt, bzw. sind geplant? *Mehrfachnennungen möglich.*

- ☐ Paukenröhrchen
- ☐ Polypenentfernung
- ☐ Gaumenmandelentfernung/-verkleinerung
- ☐ Nabelbruch
- ☐ Phimose/Vorhautverengung
- ☐ Leistenbruch
- ☐ Blutschwamm
- ☐ Hodenhochstand
- ☐ Andere, und zwar _____ _____

11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert?
Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Verletzung und den Unfallort an. *Mehrfachnennungen möglich.*

	Zu Hause	In der KITA	In der Freizeit	Im Straßenverkehr	Anderer Ort
Prellung	☐	☐	☐	☐	☐
Verstauchung/Verrenkung/Ausrenkung	☐	☐	☐	☐	☐
Knochenbruch	☐	☐	☐	☐	☐
Offene Wunde	☐	☐	☐	☐	☐
Gehirnerschütterung	☐	☐	☐	☐	☐
Verbrühung/Verbrennung/Verätzung	☐	☐	☐	☐	☐
Vergiftung	☐	☐	☐		☐
Andere Verletzung, und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐

12. Sind bzw. waren Sie und Ihr Kind im Netzwerk Gesunde Kinder?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, seit wann bzw. wie lange?

○ Unter 1 Jahr ○ Über 1 Jahr ○ Über 2 Jahre ○ Über 3 Jahre

13. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?
Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag" und am „Wochenende".

	Gar nicht	Weniger als 30 Minuten	30 Minuten bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 3 Stunden	3 Stunden oder mehr
Montag bis Freitag	O	O	O	O	O	O
Wochenende	O	O	O	O	O	O

14. Wie häufig...

	Im Sommer				
	Etwa jeden Tag	3 bis 5 mal pro Woche	1 bis 2 mal pro Woche	Etwa 1 bis 2 mal im Monat	Nie
...spielt Ihr Kind im Freien?	O	O	O	O	O
...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	O	O	O	O	O
...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?	O	O	O	O	O
	Im Winter				
	Etwa jeden Tag	3 bis 5 mal pro Woche	1 bis 2 mal pro Woche	Etwa 1 bis 2 mal im Monat	Nie
...spielt Ihr Kind im Freien?	O	O	O	O	O
...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	O	O	O	O	O
...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?	O	O	O	O	O

15. Fortbewegung

	Ja	Nein
Fährt Ihr Kind selbstständig Laufrad, Roller oder Fahrrad?	O	O
Geht Ihr Kind zu Fuß, z. B. zur Kita, zum Sport?	O	O

16. Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?

O Nie gestillt O Weniger als 6 Monate O Mehr als 6 Monate O Keine Angabe

17. Wie lange besucht/e Ihr Kind bisher insgesamt eine Kindertagespflege und/oder Kindertagesstätte?

O Gar nicht O Unter 1 Jahr O Über 1 Jahr O Über 2 Jahre O Über 3 Jahre O Über 4 Jahre

18. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

Anzahl Kinder: O 1 Kind O 2 Kinder O 3 Kinder O 4 oder mehr Kinder

Anzahl Erwachsene: _____

19. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? *Bitte nur ein Feld ankreuzen.*

O Bei den leiblichen Eltern
- Bei der Mutter...
  - O ... mit Partner*in
  - O ...alleinerziehend
- Bei dem Vater
  - O ... mit Partner*in
  - O ...alleinerziehend
- O Im Wechselmodell

O In stationärer Einrichtung

O Bei Pflegeeltern

O Bei anderen Familienmitgliedern/Verwandten

O Bei anderen Personen und zwar: _____

20. In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Geburtsland

...des Kindes: O Deutschland O Anderes Land und zwar: _____

...der Mutter: O Deutschland O Anderes Land und zwar: _____

...des Vaters: O Deutschland O Anderes Land und zwar: _____

21. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein. Mehrfachnennungen möglich.

...des Kindes:	☐ Deutsch	☐ Andere und zwar:	_____ _____
...der Mutter:	☐ Deutsch	☐ Andere und zwar:	_____ _____
...des Vaters:	☐ Deutsch	☐ Andere und zwar:	_____ _____

22. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? *Mehrfachnennungen möglich.*

☐ Deutsch ☐ Andere und zwar: _____

23. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihr/e Partner/in?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

	Mutter	Vater
Kein Abschluss	○	○
Förderschulabschluss	○	○
Hauptschulabschluss, Berufsbildungsreife	○	○
Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR)	○	○
Realschulabschluss, MSA, 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife	○	○
Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur	○	○

24. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile.

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

	Mutter	Vater
Ohne Berufsausbildung	○	○
In Ausbildung/Studium	○	○
Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss	○	○
(Fach-) Hochschulabschluss	○	○

25. Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.

	Mutter	Vater
Vollzeitbeschäftigt	○	○
Teilzeitbeschäftigt	○	○
Nicht erwerbstätig	○	○

26. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen für die Datenverarbeitung erhalten habe.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen die Angaben getätigt zu haben. Gleiches gilt für im Haushalt lebende Partner.

Information zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes sind uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie über Art, Umfang und Zweck der von uns erhobenen personenbezogenen Daten zu informieren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt dabei stets im Einklang mit der DSGVO und in Übereinstimmung mit dem geltenden Brandenburgischen Datenschutzgesetz(BbgDSG).

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Landkreis Havelland/ Der Landrat
Platz der Freiheit 1, 14712 Rathenow

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Landkreis Havelland Datenschutzbeauftragte
Platz der Freiheit 1, 14712 Rathenow
Telefon: 03385/551-1295 oder unter datenschutz@havelland.de

2. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

Alle Kinder haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine kinderärztliche Untersuchung(§ 6 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz), die von den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Gesundheitsämter durchgeführt werden. Neben einer körperlichen Untersuchung wird auf die altersgerechte Entwicklung der Kinder in Bezug auf Motorik, Wahrnehmung und Sprachentwicklung geachtet. Der Impfstatus der Kinder wird ebenfalls überprüft. Die erforderlichen personenbezogenen Angaben werden vom Gesundheitsamt auf der Grundlage des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes standardisiert erfasst, zum Zweck der Erfüllung von Dokumentationspflichten verarbeitet, sowie für die Gesundheitsberichterstattung anonymisiert ausgewertet. Es werden folgende personenbezogene Daten Ihres Kindes verarbeitet: Name, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes, sowie weitere bei der Untersuchung zu erhebende besondere Kategorien personenbezogener Daten(Gesundheitsdaten). Die Verarbeitung der Gesundheitsdaten wird nur von autorisierten Mitarbeitern vorgenommen, die der Schweigepflicht unterliegen.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage von Art.6 Abs. 1 Buchst. c und e, Art.9 Abs.2 Buchst. H und i DSGVO in Verbindung mit § 6 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten generell nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich vorgeschrieben ist oder Ihre Einwilligung schriftlich vorliegt.

Für die Gesundheitsberichterstattung des Landes werden ausschließlich statistische Daten an die Abteilung Gesundheit des Landesamtes für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (ehemals Landesgesundheitsamt), durch die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte anonymisiert und verschlüsselt übermittelt.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz sind wir dazu verpflichtet, diese Daten bis zu 10 Jahren nach Abschluss der Fallbearbeitung aufzubewahren.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung aus Ihrer Sicht unrichtiger Daten verlangen.

Sollten Daten zu Unrecht verarbeitet werden, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen, sowie Widerspruch für die Verarbeitung einlegen(Art.17, 18 und 21 DSGVO).

Sie haben ferner das Recht, die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu informieren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Brandenburg

Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203/356-0 oder poststelle@lda.brandenburg.de