

Sehr geehrte Eltern / Sorgeberechtigte,

Ihr Kind wird im kommenden Jahr schulpflichtig. Aus diesem Grund sieht das Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. August 2018 gemäß § 37 Abs. 2 eine **Pflichtuntersuchung** Ihres Kindes vor (SchulG LSA; GVBl. LSA S. 244). Weitere Rechtsgrundlage ist der § 84a Abs. 3 SchulG LSA. Alle zitierten Gesetze gelten in der aktuellen Fassung.

Die Einschulungsuntersuchung findet statt

am:	um:
Ort:	
bei Rückfragen erreichen Sie uns im Gesundheitsamt: Schönburger Straße 41, 06618 Naumburg Tel.: 03445 / 73-1624 oder 73-1625	

Was passiert bei der Untersuchung?

Bei dieser Untersuchung prüft die Schulärztin/ der Schularzt des Gesundheitsamtes, ob Ihr Kind aus ärztlicher Sicht altersgerecht entwickelt ist. Zusätzlich sollen die Schulärzte sowohl die Eltern als auch die Schule in Fragen gesundheitlicher Entwicklung und eventuell spezieller Förderung der Kinder beraten.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Ihr Kind wird in Ihrer Anwesenheit ärztlich untersucht. Es werden der Gesundheitszustand und die körperliche, geistige, seelische und soziale Reife festgestellt, sowie die Funktion der Sinnesorgane (Sehtest, Hörtest) überprüft und die Ergebnisse mit der Begleitperson besprochen. Sollten sich Beeinträchtigungen herausstellen, kann umgehend eine weitergehende Diagnostik empfohlen bzw. können Fördermaßnahmen eingeleitet werden.

Was wird zur Untersuchung noch benötigt?

Zur Vorbereitung der Untersuchung erhalten Sie den beigefügten Fragebogen und werden gebeten, den Impfausweis und das U-Heft Ihres Kindes mitzubringen.

Wozu dient der Fragebogen?

Die Angaben im Fragebogen dienen dazu, Befunde und Entwicklungsbesonderheiten Ihres Kindes besser einordnen und beurteilen zu können.

Warum ergänzende freiwillige Angaben zum „familiären Umfeld“?

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen familiärer Situation und Kindergesundheit. Ihre Angaben sollen helfen, Ihrem Kind seiner besonderen Situation entsprechende individuelle Förderangebote zu empfehlen.

Wir bitten Sie daher, auch diese Fragen zu beantworten.

Was passiert mit den erhobenen Daten?

Für die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten gelten die Bestimmungen der DS-GVO und des DSGVO LSA sowie die ärztliche Schweigepflicht. Die erhobenen Daten dienen ausschließlich der ärztlichen Beurteilung, der ärztlichen Dokumentation sowie in anonymisierter Form der Gesundheitsberichterstattung.

Zum Abschluss noch folgende Bitte an Sie: Bitte bringen Sie zur Einschulungsuntersuchung den **ausgefüllten Fragebogen**, den **Impfausweis**, das **gelbe Vorsorgeheft** und – falls vorhanden – die **Brille** des Kindes mit. Die Vorlage des Impfausweises erfolgt verpflichtend, da bei Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemein bildenden Schule das Gesundheitsamt oder der von ihm beauftragte Arzt den Impfstatus zu erheben hat (§ 34 Abs. 11 IfSG).

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

KJÄD Gesundheitsamt Burgenlandkreis.....

# **Erhebung personenbezogener Daten und besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Informationen nach Artikel 13 Abs. (1) und (2) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) (Stand: 23.07.2019)**

## **Wer sind Ihre Ansprechpartner?**

Verantwortliche Behörde

Burgenlandkreis, Gesundheitsamt, Schönburger Straße 41, 06618 Naumburg

Datenschutzbeauftragter

datenschutz@blk.de

## **Zu welchem Zweck werden Ihre personenbezogenen und besonderen Kategorien personenbezogener Daten verarbeitet?**

Bei Ihrem Kind wird vor Aufnahme in die Schule eine verpflichtende amtsärztliche Untersuchung durchgeführt. Dabei wird der körperliche, geistige, soziale und emotionale Gesundheits- und Entwicklungsstand Ihres Kindes festgestellt und Sie werden zu eventuell notwendigen Förderbedarfen beraten.

## **Auf welcher gesetzlichen Grundlage erfolgt die Verarbeitung?**

Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (SchulG LSA) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. August 2018 (GVBl. LSA 2018, 244, 245.)

- § 37 Abs. 2, Beginn der Schulpflicht
- § 84a Abs. 3, Verarbeitung personenbezogener Daten

Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Sachsen-Anhalt (GDG LSA) vom 21.11.1997 (GVBl. LSA 1997, 1023), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes zum Änderungsstaatsvertrag vom 26.10.2017 (GVBl. LSA S. 190)

- § 9 Abs. 2, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

## **Wer ist Empfänger der personenbezogenen Daten bzw. besonderen Kategorien personenbezogener Daten?**

Gemäß RdErl. des MB vom 1.7.2016 – 23-80100/1-1 in der Fassung vom 15.09.2018 Aufnahme in die Grundschule (SVBl. LSA 2016, 109; ber. S. 200) wird die Untersuchung in einem Formblatt (Anlage 2, Teil A, ebenda) dokumentiert und an die nach dem Hauptwohnsitz zuständige Grundschule zur Kenntnisnahme geleitet. Teil B (darüber wird Sie die Ärztin/der Arzt informieren) des Formblattes wird nur ausgefüllt, wenn die Personensorgeberechtigten oder die oder der von ihnen bestimmte Vertreterin oder Vertreter der Weiterleitung der dort aufgeführten Befunde und eventuellen Hinweise sowie Empfehlungen in Vorbereitung auf den Schuleintritt zustimmen. Anonymisiert werden die Daten für die Gesundheitsberichterstattung des Landes zur Verfügung gestellt.

## **Wie lange werden die personenbezogenen und besonderen Kategorien personenbezogener Daten im Gesundheitsamt gespeichert?**

Die Daten werden in der Regel bis zu 10 Jahre lang, längstens bis zum Erreichen der Volljährigkeit des Kindes gespeichert.

## **Welche Rechte haben Sie?**

Sie haben das Recht auf Auskunft seitens des Gesundheitsamtes über die betreffenden personenbezogenen bzw. besonderen Kategorien personenbezogener Daten. Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz.

Weiterführende Informationen zur Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter folgendem LINK:

<https://www.burgenlandkreis.de/de/datenschutz.html>

**Name und Vorname/n des Kindes:** .....

**Name und Tel.-Nr. der Mutter bzw. Elternteil 1:** .....

**Name und Tel.-Nr. des Vaters bzw. Elternteil 2:** .....

 Geburtsdatum des Kindes:         

 Geschlecht des Kindes:    ☐ männlich    ☐ weiblich    ☐ divers

 Wohnadresse des Kindes:    PLZ          Ort: .....

Straße, Hausnr.: .....

 Geburtsland des Kindes    ☐ Deutschland    ☐ nicht Deutschland, sondern: .....

 Geburtsland der Mutter bzw. Elternteil 1    ☐ Deutschland    ☐ nicht Deutschland, sondern: .....

 Geburtsland des Vaters bzw. Elternteil 2    ☐ Deutschland    ☐ nicht Deutschland, sondern: .....

 Nationalität der Mutter bzw. Elternteil 1    ☐ deutsch    ☐ nicht deutsch, sondern: .....

 Nationalität des Vaters bzw. Elternteil 2    ☐ deutsch    ☐ nicht deutsch, sondern: .....

**Zuständige Grundschule:** .....

**1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf**

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)

☐ nein    ☐ ja    wenn ja, welche? .....

☐ Normalgeburt (Spontangeburt)    ☐ Frühgeburt    ☐ Kaiserschnitt

☐ weitere Geburtskomplikationen (z.B. Saugglocke, Zangengeburt)    ☐ Mehrlingsgeburt    Geburtsgewicht     g

**2. Entwicklung des Kindes**

 Allein Laufen gelernt    ☐ bis zum 15. Monat    ☐ später

 Sprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter)    ☐ bis zum 2. Geburtstag    ☐ später

 Tags und nachts sauber    ☐ bis zum 4. Geburtstag    ☐ später

**3. Frühere Erkrankungen**
**Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> häufige Atemwegserkrankungen (ARE) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung  | <input type="checkbox"/> Pseudokrapp                        |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie)               | <input type="checkbox"/> Spreiz(hosen)behandlung            |
| <input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung(en)/ -vereiterung(en) | <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Füße            |
| <input type="checkbox"/> Nieren- / Blasenerkrankung(en)                        | <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Wirbelsäule     |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)                         |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) / welche? .....               |   |

**4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten**
**Hat Ihr Kind derzeit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)     |
| <input type="checkbox"/> gehäuftes Atmen mit offenem Mund          | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)  |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeit(en) im Verhalten            | <input type="checkbox"/> Nieren- / Blasenerkrankung(en) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) / welche? .....   |   |

**5. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma        | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis       |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Allergie(n) / welche? ..... |

**6. Krankenhausaufenthalte und Operationen**

 Lag Ihr Kind jemals im Krankenhaus?    ☐ nein    ☐ ja, und zwar insgesamt  mal  
 wegen: ☐ akuter Erkrankung    ☐ chronischer Krankheit    ☐ Unfall    ☐ stationäre Operation(en)    ☐ sonst.

 Wurde Ihr Kind jemals **ambulant** operiert?    ☐ nein    ☐ ja

Gründe Krankenhausaufenthalt(e)/ Operation(en): .....

<b>7. Befindlichkeitsstörungen</b> Hat Ihr Kind häufiger:	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen? <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen? <input type="checkbox"/> Schlafstörungen?
--	---	--

**8. Therapien**  
**Wird oder wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Therapien durchgeführt?**

Sprachtherapie/ Logopädie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)
ambulante Frühförderung	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)
integrative Förderung	<input type="checkbox"/> derzeit	<input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen)

sonstige Therapien: .....

Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente ☐ nein ☐ ja / welche? .....

**9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie gern im Hinblick auf die Einschulung Ihres Kindes besprechen möchten** .....  
 .....

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie sollen helfen, die (eventuelle) Notwendigkeit von Therapien und/oder Fördermaßnahmen für Ihr Kind besser einzuschätzen und mit Ihnen besprechen zu können und werden in anonymisierter Form (ohne Namen und Adresse) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) verwendet. Deshalb bitten wir Sie, auch die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben.

**10. Familiäres Umfeld und Betreuung des Kindes**  
 Bezugsperson(en):  
 das Kind lebt ständig ....
 

Geschwister (ohne das einzuschul. Kind) keine ☐ Anzahl   
 derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAM Anzahl   
 (inklusive des einzuschulenden Kindes)  
 ... davon jünger als das einzuschulende Kind Anzahl

☐ bei beiden Eltern  
☐ bei der Mutter bzw. Elternteil 1  
☐ beim Vater bzw. Elternteil 2  
☐ bei Mutter bzw. Elternteil 1 mit Ehe-/ Lebenspartner/-in  
☐ beim Vater bzw. Elternteil 2 mit Ehe-/ Lebenspartner/-in  
☐ wechselnd zu etwa gleichen Teilen bei der Mutter/ Elternteil 1 bzw. beim Vater/ Elternteil 2 (mit oder ohne jeweilige/n Ehe-/ Lebenspartner/-in)  
☐ bei anderen Bezugspersonen (z.B. Adoptiv-, Groß-, Pflegeeltern, Heim)

Wie wird Ihr Kind derzeit tagsüber betreut?

☐ nur zuhause (Hauskind)  
☐ KITA halbtags (≤5h), Rest des Tages zuhause  
☐ Tagespflege halbt. (≤5h), Rest des Tages zuhause  
☐ KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)

☐ KITA ganztags (>5h), Rest des Tages zuhause  
☐ Tagespflege ganzt. (>5h), Rest des Tages zuhause

Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt? ☐ <2J ☐ 2J ☐ 3J ☐ 4J ☐ 5J

Erwerbstätigkeit Mutter bzw. Elternteil 1: ☐ ja ☐ nein ☐ zurzeit Ausbildung/ Studium

Erwerbstätigkeit Vater bzw. Elternteil 2: ☐ ja ☐ nein ☐ zurzeit Ausbildung/ Studium

Schulabschluss Mutter bzw. Elternteil 1:

☐ weniger als 10. Klasse  
☐ 10. Klasse  
☐ mehr als 10. Klasse

(Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss)  
 (Mittlere Reife, Realschule)  
 (Abitur)

Schulabschluss Vater bzw. Elternteil 2:

☐ weniger als 10. Klasse  
☐ 10. Klasse  
☐ mehr als 10. Klasse

(Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss)  
 (Mittlere Reife, Realschule)  
 (Abitur)

Wird im Haushalt geraucht? ☐ nein ☐ ja

wenn ja, wo (bitte nur eine Antwort) ☐ nur außerhalb der Wohnung ☐ innerhalb u. außerhalb der Wohnung

**Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 10**  
 (personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).  
**Verantwortliche Behörde:**

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben im Fragenkomplex 10 ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass Nachteile daraus entstehen.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschriften der Elternteile