Stadt Leipzig
Gesundheitsamt
Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst

e-mail: kinder.und.jugendmedizin@leipzig.de

Datum

Untersuchung im Rahmen der Schulgesundheitspflege

- Schulen in freier Trägerschaft -

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Schule/Klasse	
Name Eltern/ Sorgeberechtigte	

Kinderarzt/Hausarzt

Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Überwachung?

☐ Augenarzt ☐ HNO-Arzt ☐ andere Fachrichtung

☐ Orthopädie ☐ Hautarzt

Wenn ja, bitte ankreuzen und Grund der Behandlung angeben.

Wurden bei Ihrem Kind allergische Erkrankungen festgestellt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? ☐ Asthma ☐ Heuschnupfen ☐ allergische Hauterkrankungen

Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

Erhält Ihr Kind weitere Therapien? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte ankreuzen ☐ Physiotherapie ☐ Sprachtherapie ☐ Ergotherapie

☐ sonstige (welche?)

Hat Ihr Kind eine (Teil-) Sportbefreiung? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Klagt Ihr Kind zurzeit über gesundheitliche Beschwerden? Worauf sollen wir bei der Untersuchung besonders achten?

Für Rückfragen bitten wir Sie um die Angabe Ihrer Telefonnummer: _____

Datum

Unterschrift der Eltern
(falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichnenden erklärt)

*Rechtsgrundlagen:
- Schulgesetz für den Freistaat Sachsen und Schulgesundheitspflegeverordnung in der jeweils gültigen Fassung
- EU-Datenschutz-Grundverordnung