

## Einverständniserklärungen

**der oder des vertretungsberechtigten Sorgeberechtigten gegenüber dem Gesundheitsamt bzw. der Tageseinrichtung für Kinder und der Schule für:**

Familienname des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kindergarten: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Schulärztin oder der Schularzt den ausgefüllten **Fragebogen** der Erzieherin oder des Erziehers im Rahmen der Einschulungsuntersuchung verwendet. Dieser Fragebogen kann von mir/uns im zuständigen Gesundheitsamt eingesehen werden.

Ja

Nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Schulärztin oder der Schularzt zu schulrelevanten Gesundheitsfragen meines/unseres Kindes Kontakt mit der **betreuenden Erzieherin oder dem betreuenden Erzieher / ggf. Integrationshelferin oder Integrationshelfer** aufnimmt und Informationen austauscht und diese - soweit geboten und erwünscht - berät.

Ja

Nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der **Befundbogen** mit den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung der Leitung der Tageseinrichtung ausgehändigt wird, damit diese ggf. eine Förderung einleiten bzw. den Befundbogen im geschlossenen Umschlag an die fördernde Stelle zu diesem Zweck weiterleiten kann.

Ja

Nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Schulärztin oder der Schularzt zu schulrelevanten Gesundheitsfragen meines/unseres Kindes **nach Rücksprache mit uns** gegebenenfalls Kontakt mit dem behandelnden **Haus- oder Kinderarzt bzw. der behandelnden Haus- oder Kinderärztin / Therapeut oder Therapeutin** aufnimmt und Informationen austauscht.

Ja

Nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Schulärztin oder der Schularzt zu schulrelevanten Gesundheitsfragen meines/unseres Kindes **nach Rücksprache mit uns** gegebenenfalls Kontakt mit der **Kooperationslehrkraft** aufnimmt und Informationen austauscht und die **unterrichtenden Lehrkräfte** an der Schule - soweit geboten und erwünscht - berät.

Ja

Nein

Mir/Uns ist bekannt, dass ein nicht erteiltes Einverständnis keine Nachteile für mein/unser Kind hat. Ich kann meine Einwilligungen jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Hierdurch wird mir/uns oder meinem/unserem Kind kein Nachteil entstehen. Mir/uns ist bekannt, dass allerdings in diesem Fall kein persönlich auf mein/unser Kind abgestimmter Förderplan erstellt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der oder des vertretungsberechtigten Sorgeberechtigten.