



Stadt Halle (Saale) - 06100 Halle (Saale)

Fachbereich Gesundheit  
Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit  
Frau T. Langhammer  
Abteilungsleiterin  
**Straße der Opfer des Faschismus 1**  
06112 Halle (Saale)  
E-Mail: [kindergesundheit@halle.de](mailto:kindergesundheit@halle.de)

Halle (Saale), 14.01.2026

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 Terminvereinbarung für die Einschulungsuntersuchung erfolgt über die Homepage der Stadt Halle (Saale).** Bitte nutzen Sie dazu folgenden QR-Code.



Grundschule  
**Termine vom 09.03.2026 bis 30.06.2026**

**Bitte beachten Sie: Die Termine sind täglich bis 2 Monate im Voraus buchbar. Täglich werden Kapazitäten für den nächstmöglichen Untersuchungszeitpunkt freigeschalten.**

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 untersucht. Es werden der Gesundheitszustand und die körperliche, geistige, seelische und soziale Reife festgestellt, sowie die Funktion der Sinnesorgane (Sehtest, Hörtest) überprüft. 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). Sollten Sie **keine guten Deutschkenntnisse** haben, bringen Sie bitte **selbständig** eine **Person mit sehr guten Deutschkenntnissen** oder einen **Dolmetscher** zum Termin mit.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Ihre Schulärztin

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und bedarf daher keiner Unterschrift.



**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

Stadt Halle (Saale), Fachbereich Gesundheit, Abt. Kinder- und Jugendgesundheit, Team Beratungsärztliche Leistungen, Niemeyerstr. 1, 06110 Halle

Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter der Stadt Halle (Saale), Marktplatz 1, 06100 Halle (Saale), datenschutz@halle.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 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://halle.de/serviceportal/dienstleistungen/leistung/einschulungsuntersuchung/13327676>

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"/> Pseudokrupp                        |
| <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"/> Sonstiges .....                                       |                                                             |

### 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"/> Sonstiges .....                           |                                                        |

### 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): .....

**7. Befindlichkeitsstörungen**

Hat Ihr Kind häufiger:

Kopfschmerzen?

Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen?

Bauchschmerzen?

Schlafstörungen?

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

Sprachtherapie/ Logopädie

 derzeit früher (abgeschlossen)

Ergotherapie

 derzeit früher (abgeschlossen)

Physiotherapie

 derzeit früher (abgeschlossen)

ambulante Frühförderung

 derzeit früher (abgeschlossen)

integrative Förderung

 derzeit 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 ....

 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) KITA ganztags (>5h) Tagespflege halbt. (≤5h) Tagespflege ganzt. (>5h) KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt?  <2J  2J  3J  4J  5JErwerbstätigkeit Mutter bzw. Elternteil 1:  ja  nein  zurzeit Ausbildung/ StudiumErwerbstätigkeit Vater bzw. Elternteil 2:  ja  nein  zurzeit Ausbildung/ StudiumSchulabschluss Mutter bzw. Elternteil 1:  weniger als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss) 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschule) mehr als 10. Klasse (Abitur)Schulabschluss Vater bzw. Elternteil 2:  weniger als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss) 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschule) mehr als 10. Klasse (Abitur)Wird im Haushalt geraucht? (inkl. E-Zigarette/Vapes)  nein  jawenn 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