**Anhang zu Anlage 4/ Seite 7 der sonderpädagogischen Schülerakte**

|  |  |
| --- | --- |
| **An den Fachdienst Gesundheit** | **Meldende Schule:** |

Wir bitten innerhalb der sonderpädagogischen Überprüfung des Kindes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name:  | Vorname:  | Geb.-Datum:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anschrift:  |  | Telefon:  |

um die Durchführung folgender Untersuchung:

[ ]  **Sehtest**

[ ]  **Hörtest**

[ ]  auf eine umfassende Untersuchung wird nach Absprache mit den Eltern verzichtet

[ ]  schulärztliche Untersuchung mit folgender Fragestellung1:

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|     ,       |  |  |
| **Ort, Datum** |  | **Klassenlehrer/in oder Sonderschullehrer/in** |
|  |  |  |
|  |  | **Schulleitung Förderzentrum** |

1Die Fragestellung und wichtige Hinweise aus schulischer Sicht für die Untersuchung (z.B.: auffällige Müdigkeit, körperliche Auffälligkeiten z.B. Blässe, motorische Unruhe, Bewegungsstörung, fehlende oder fragliche ärztliche Betreuung, …) sind hier zu benennen. Falls „ohne besonderen Anlass“ eingetragen wird, erfolgt eine kurze orientierende ärztliche Untersuchung.

**Anhang zu Anlage 4/ Seite 7 der sonderpädagogischen Schülerakte**

**Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung:**

* **Sehtest**

[ ]  in Ordnung

[ ]  Kontrolluntersuchung erforderlich

* **Hörtest**

[ ]  in Ordnung

[ ]  Kontrolluntersuchung erforderlich

Medizinische Befunde, die für die Schule von Bedeutung sind:

|  |
| --- |
|  |

Vorgeschlagene, medizinische bzw. therapeutische Maßnahmen:

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Schulärztin/ Schularzt |