

Landkreis Havelland
Gesundheitsamt
Forststrasse 45 (Paracelsus Krankenhaus Haus A)
14712 Rathenow
Tel.: 03385 / 551-7112; FAX: 551-7100
Frau Grabowsky

Informationsschreiben zur schulärztlichen Untersuchung der 10. Klassen

Sehr geehrte Eltern, liebe Schülerinnen und Schüler,

Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten sind die wesentlichen Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes. Im Rahmen der durch § 45 des Schulgesetzes des Landes Brandenburg vorgeschriebenen schulärztlichen Untersuchung der Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst steht demnächst der Untersuchungstermin an. Zur Untersuchung gehören die Überprüfung der Sinnesorgane mit Sehtests und einem Hörtest sowie eine körperliche Begutachtung. Die Eltern sind gesetzlich verpflichtet, ihre Kinder untersuchen zu lassen und die vorgeschriebenen Angaben zu machen. Falls die Schülerinnen und Schüler das 16. Lebensjahr vollendet haben, können Sie den Fragebogen selbst ausfüllen. Die Unterschrift der Eltern ist dann nicht mehr erforderlich.

Die Untersuchung findet in der Schule statt. Für Schulabgänger, die noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird nach der Untersuchung eine Bescheinigung zur Berufstauglichkeit nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ausgestellt, welche die Jugendlichen für die Bewerbung zur Berufsausbildung benötigen.

Die Untersuchungen führen Ärzte der Kinderstation der Havelland Kliniken GmbH durch. Erforderliche Daten werden dafür vom Gesundheitsamt den untersuchenden Ärzten und Schwestern zur Verfügung gestellt. Die personenbezogenen und medizinischen Daten der Schüler/-innen werden vertraulich behandelt. Die Havelland Kliniken GmbH werden keinerlei eigene Akten führen oder Daten speichern.

Mit freundlichem Gruß
Im Auftrag

Dipl.-Med. Marita Dietrich

Einwilligungserklärung betreffend
(Name des/der zu untersuchenden Schülers/Schülerin)

Mit der im o.a. Informationsschreiben erläuterten Vorgehensweise und Durchführung der schulärztlichen Untersuchung durch das Fachpersonal der Havelland Kliniken GmbH bin ich einverstanden.

Ja

Nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte geben Sie die Einwilligungserklärung in jedem Fall **unterschrieben bis zum** **im Sekretariat** der jeweiligen Schule ab. Falls Sie mit der Einwilligungserklärung nicht einverstanden sind bitte ich Sie, sich beim Gesundheitsamt zu melden und dort einen Untersuchungstermin zu vereinbaren.

.....
Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten / Jugendlichen