

Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin  
Gesundheitsamt  
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst



Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin, 12591 Berlin  
(Postanschrift)

Grundschulen  
Marzahn- Hellersdorf



Geschäftszeichen: Ges KJGD 131  
Bearbeiter/in: Frau Tanja Lingner

Tel. +49 30 90293 - 3824

Fax. +49 30 90293 - 3675

Zimmer: 430

Tanja.Lingner@ba-mh.berlin.de

elektronische Zugangsöffnung

gemäß § 3a Absatz 1 VwVfG:

post@ba-mh.berlin.de

Dienstgebäude

Janusz-Korczak-Str. 32, 12627 Berlin

Sehr geehrte Eltern und Personensorgeberechtigte,

die schulärztliche Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) ist gesetzlich vorgeschrieben. Sie ist Voraussetzung für die Aufnahme Ihres Kindes in die Schule.

Die Einschulungsuntersuchungen werden voraussichtlich vom **18.12.2023 bis Ende Juni 2024** vom KJGD des Gesundheitsamtes Marzahn-Hellersdorf durchgeführt.

Hier gilt die Grundschulverordnung (GSVO) §5 Absatz 1 (*..., dass sich die Reihenfolge der Untersuchung am Alter der Kinder orientiert.*).

Ist Ihr Kind zwischen dem 01.10.2017 und 30.09.2018 geboren, haben Sie ab dem **16.10.2023** folgende Möglichkeiten einen Termin zur Einschulungsuntersuchung Ihres Kindes zu vereinbaren:

### 1. Internet:

Bitte buchen Sie auf der folgenden Internetseite einen Termin für die Einschulungsuntersuchung Ihres Kindes.

**Bitte beachten Sie, dass die Buchung nur über Computer möglich ist. Die Nutzung von Tablets und Handys ist nicht möglich.**

Mittwochs von 13:00 bis 20:00 Uhr wird das Programm gewartet. Buchungen sind in dieser Zeit nicht möglich.

<https://fms.verwalt-berlin.de/esu/fm/ba-mh>

Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin, 12591 Berlin

♿ barrierefreier Zugang über Janusz-Korczak-Str. 32, 12627 Berlin

Sprechzeiten: Nach Vereinbarung

Bus: X54, 195 Tram: M6, 18 U-Bahn: U5 Station: Hellersdorf

Berliner Sparkasse DE03 1005 0000 2243 4019 35 Postbank Berlin DE19 1001 0010 0654 5921 00

## **2. Rückruf des KJGD:**

Wenn Sie kein Internet haben, hinterlassen Sie bitte bei der Schulanmeldung Ihres Kindes in der Schule auf freiwilliger Basis Ihre Telefonnummer.

Die Mitarbeiter des KJGD melden sich telefonisch bei Ihnen zwecks Terminvereinbarung.

**Die zurückgestellten Kinder vom vorangegangenen Schuljahr, die eine zweite Untersuchung benötigen, werden durch die Mitarbeiterinnen des KJGD einen Terminvorschlag erhalten.**

## **Beachten Sie bitte folgende Hinweise:**

- Bitte halten Sie ihren Termin unbedingt ein oder geben uns rechtzeitig Bescheid, wenn Sie diesen nicht wahrnehmen können!
- Bitte haben Sie alle erforderlichen Unterlagen am Termin dabei!

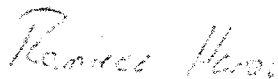
## **Bitte denken Sie bei der schulärztlichen Untersuchung in folgenden Fällen an eine Vollmacht:**

- getrennlebende Eltern, aber gemeinsames Sorgerecht
- Kind wird von Großeltern, anderen Verwandten oder Freunden der Familie begleitet
- Sorgerecht liegt bei Dritten

**Allgemeine Informationen zur Anmeldung in den Schulen finden Sie unter dem folgenden Link:**

<https://www.berlin.de/sen/bildung/schule/bildungswege/grundschule/anmeldung/>

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

  
J. C. Ramirez Henao  
Leiter KJGD

Tanja Lingner  
MFA im KJGD



# Anmeldung in die Grund- oder Gemeinschaftsschule

## Schulärztliche Untersuchung

### Anmeldung meines/ unseres Kindes an der Schule gemäß § 42 des Schulgesetzes

Name	Vorname/n	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Bezirk <b>Berlin-</b>
Wohnort der/des Erziehungsberechtigten (bei Abweichungen vom Wohnort des Kindes)		Geschlecht des Kindes <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers/ ohne Eintrag
Name der/des Erziehungsberechtigten	Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten	
1.		Telefonnummer/n
2.		

Kind besucht eine Kita  ja  nein

Besteht sonderpädagog. Förderbedarf  ja, im Förderschwerpunkt \_\_\_\_\_

Antrag auf Zurückstellung  ja  wird erwogen (bis 28. Februar)

Antrag auf vorzeitige Einschulung  ja

Berlin, den \_\_\_\_\_ (Datum) \_\_\_\_\_ (Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

## UR

Bezirksamt \_\_\_\_\_ von Berlin Berlin, \_\_\_\_\_  
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Die Anmeldung erfolgt für die Schulanfangsphase:

als Schulpflichtige/r  antragsweise  nach erfolgter Zurückstellung

Beginn der Schulpflicht am 1. August \_\_\_\_\_.

Ich bitte um schulärztliche Untersuchung des Kindes.

\_\_\_\_\_  
(Schulleiter/in)

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst \_\_\_\_\_  
(Bezirk)

## U

zurück an die o. g. Grundschule

Das Kind wurde am \_\_\_\_\_ schulärztlich untersucht.

### 1. Schulärztliche Empfehlung zum Schulanfang:

Stuhlgröße: nach DIN I ISO 5970 (Körpergröße beim Schulanfang)

1/orange (bis 112 cm)  2/lila (von 113 cm bis 127 cm)  
 3/gelb (von 128 cm bis 142 cm)  4/rot (von 143 cm bis 157 cm)

Händigkeit:  rechts  links  beidseitig **Stifthaltung:**  auffällig, \_\_\_\_\_

Sehen:  zurzeit Brillenträger/in  
 Sehvermögen zurzeit mit Brille nicht voll korrigierbar (Kind soll vorn sitzen)  
 Farbfehlsichtigkeit: \_\_\_\_\_  
 weitergehende Diagnostik wurde empfohlen

