

Dokumentation der Schulärztlichen Untersuchung (SÄ-SEU)

Datum der Untersuchung (TT.MM.JJ)	Stempel der Schule oder Name und Ort der Schule
Schulärztin/-arzt:	
Wie wird das Kind untersucht? (Mehrfachnennungen möglich) Einzel.. <input type="checkbox"/> In der Gruppe.. <input type="checkbox"/> Anderes:	
<input type="checkbox"/> Es wurde in diesem Jahr keine SEU durchgeführt, weil es bereit eine Untersuchung gab (z.B.: ESU, andere Schule, ...) Ergebnis: unauffällige Entwicklung.. <input type="checkbox"/> auffällige Entwicklung.. <input type="checkbox"/>	

Angaben zum Kind		
Nachname/n:	Vorname/n:	Geburtsdatum (TT.MM.JJ)
		Weiblich.. <input type="checkbox"/> Männlich.. <input type="checkbox"/>

Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung (Angaben bitte aus dem gelben Vorsorgeheft abschreiben)					
Komplikationen in Schwangerschaft		Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>	Mehrlingsschwangerschaft		Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsdauer:	Vollendete SSW	Geburtsgewicht:		Gramm	Geburtslänge: cm
APGAR: / /	Komplikationen bei Geburt		Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>	Sectio Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>	
Auffälligkeiten bei Vorsorge-Untersuchungen	U		U		
	u		u		

Biometrische Daten					Nicht untersucht.. <input type="checkbox"/>
Körpergröße:	cm	Spannweite:	cm	Kopfumfang:	cm
				Körpergewicht:	Kg

Gestaltwandel (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)					Nicht untersucht.. <input type="checkbox"/>
Noch nicht begonnen.. <input type="checkbox"/>	Ansatzweise.. <input type="checkbox"/>	Übergang.. <input type="checkbox"/>	Fortgeschritten.. <input type="checkbox"/>	Abgeschlossen.. <input type="checkbox"/>	

Zahnwechsel und Zähne					Nicht untersucht.. <input type="checkbox"/>
Hat der Zahnwechsel bereits begonnen? (Wackelzähne, Lücken, Durchbruch der Backenzähne)					Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>
Neue Schneidezähne		Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>	Neue Backenzähne		Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>
Karies an Milchzähnen.. <input type="checkbox"/>		an bleibenden Zähnen.. <input type="checkbox"/>		Zahn-/Kieferfehlstellungen Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>	

Entwicklung der Motorik					Nicht untersucht.. <input type="checkbox"/>
	Altersentsprechend unauffällig	Auffälliger Befund. Beobachtung empfohlen	Auffälliger Befund Bereits in Behandlung	Auffälliger Befund Arztbesuch/Förderung	
Gleichgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einbeinhüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperkoordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muskeltonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seitendominanz Nicht untersucht.. <input type="checkbox"/>	Hand		Fuß		Rechts.. <input type="checkbox"/> Links.. <input type="checkbox"/>
	Auge		Ohr		Rechts.. <input type="checkbox"/> Links.. <input type="checkbox"/>

Körperliche Untersuchung						n.u. = nicht untersucht
Herz	Herzgeräusch	<input type="checkbox"/>	Arrhythmie	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>
Lunge	Bronchospastik	<input type="checkbox"/>	Feuchte Rasselgeräusche	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat	Haltungsschwäche	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulenveränderung	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>
Haut	Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	Ekzem	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>
Nervensystem	Spastik/Parese	<input type="checkbox"/>	Ticstörung	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>

Wahrnehmungsorgane (WVS = Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen) n.u. = nicht untersucht						
Augen	Sehschwäche <input type="checkbox"/>	Trägt Brille <input type="checkbox"/>	V.a. visuelle WVS <input type="checkbox"/>	Anderes <input type="checkbox"/>	o.B. <input type="checkbox"/>	n.u. <input type="checkbox"/>
Ohren	Aktuell Infekt <input type="checkbox"/>	Hörschwäche <input type="checkbox"/>	Trägt Hörgerät <input type="checkbox"/>	V.a. Polypen/Adenoide <input type="checkbox"/>		
Befund	Trommelfell rechts	Matt/Erguss <input type="checkbox"/>	Retrahiert <input type="checkbox"/>	Anderes <input type="checkbox"/>	o.B. <input type="checkbox"/>	n.u. <input type="checkbox"/>
	Trommelfell links	Matt/Erguss <input type="checkbox"/>	Retrahiert <input type="checkbox"/>	Anderes <input type="checkbox"/>	o.B. <input type="checkbox"/>	n.u. <input type="checkbox"/>
Verarbeitung	V.a. auditive WVS <input type="checkbox"/>		V.a. Störung der auditiven Merkfähigkeit <input type="checkbox"/>		n.u. <input type="checkbox"/>	
Tastsinn	Störung der Stereognosie <input type="checkbox"/>		Störung der Diskriminationsfähigkeit <input type="checkbox"/>		n.u. <input type="checkbox"/>	

Sprachentwicklung Nicht untersucht.. <input type="checkbox"/>			
Dyslalie: S.. <input type="checkbox"/> Sch.. <input type="checkbox"/> Andere.. <input type="checkbox"/>	Multiple Dyslalie <input type="checkbox"/>	Komplexe Sprachentwicklungs-Störung <input type="checkbox"/>	Unauffällig <input type="checkbox"/>
Deutschkenntnisse eingeschränkt	Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>	Migrationshintergrund	Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>

Verhaltensauffälligkeiten (Mehrfachnennungen möglich)				
Schüchternheit <input type="checkbox"/>	Mutismus <input type="checkbox"/>	Störung der Impulskontrolle <input type="checkbox"/>	Verweigerungshaltung <input type="checkbox"/>	Distanzlosigkeit <input type="checkbox"/>
Ausdauer kurz <input type="checkbox"/>	Unruhe <input type="checkbox"/>	Hat Angst Fehler zu machen <input type="checkbox"/>	Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit <input type="checkbox"/>
Handtemperatur am Ende der Untersuchung			Kalt.. <input type="checkbox"/> Warm.. <input type="checkbox"/>	n.u. <input type="checkbox"/>

Leidet das Kind an einer chronischen Erkrankung?	
Nein.. <input type="checkbox"/> Ja.. <input type="checkbox"/>	Falls ja, welche?

Schulärztliches Schulreifeurteil				
Schulreif <input type="checkbox"/>	Fraglich * schulreif <input type="checkbox"/>	Nicht * schulreif <input type="checkbox"/>	* Begründung/Diagnose:	
Betreuungsbedarf im nächsten Jahr	Einschulung 1. Klasse <input type="checkbox"/>	Einschulung Kleinklasse <input type="checkbox"/>	Zurückstellung: Vorklasse <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/>	Anderer Betreuung/Einrichtung <input type="checkbox"/> Welche?

Welche weiterführende Diagnostik wäre sinnvoll?					
	Sinnvoll	Besprochen		Sinnvoll	Besprochen
Sozialpädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnarzt, Kieferorthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderpädagogisches Gutachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulpsychologischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, welche?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empfohlene Maßnahmen	Sinnvoll	Besprochen		Sinnvoll	Besprochen
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heileurythmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhythmische Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musiktherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kunsttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fördermaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprachgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpädagogische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sport, Bewegungsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Maßnahme, welche?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen: