



# Gesetz- und Verordnungsblatt

für das Land Brandenburg

## Teil II – Verordnungen

<b>16. Jahrgang</b>	<b>Potsdam, den 29. Juli 2005</b>	<b>Nummer 21</b>
---------------------	-----------------------------------	------------------

Datum	Inhalt	Seite
7.7.2005	Erste Verordnung zur Änderung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung .....	394
11.7.2005	Verordnung über die Wahl der Dekane und der Prodekane an der Hochschule für Film und Fernsehen „Konrad Wolf“ Potsdam-Babelsberg .....	406

## **Erste Verordnung zur Änderung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung**

Vom 7. Juli 2005

Auf Grund des § 8 Abs. 3 Satz 3 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes vom 3. Juni 1994 (GVBl. I S. 178) verordnet die Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie im Benehmen mit dem Minister für Bildung, Jugend und Sport:

### Artikel 1

Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung vom 25. Februar 1997 (GVBl. II S. 96) wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 9 wird die Angabe „§§ 17 und 18 des Bundes-Seuchengesetzes“ durch die Angabe „§§ 42 und 43 des Infektionsschutzgesetzes“ ersetzt.
2. § 3 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Angaben, Befunde und Ergebnisse der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

sind einheitlich gemäß Anlage 1 (Ärztlicher Dokumentationsbogen für Kinder und Jugendliche) und Anlagen 2 bis 4 (Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung Ihres Kindes – Kita, Einschüler, 5./6. Klassen) zu dokumentieren.“

3. Die Anlagen 1 und 2 werden durch die Anlagen 1 bis 4 zu § 3 Abs. 2 Satz 1 ersetzt und erhalten die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

### Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. August 2005 in Kraft.

Potsdam, den 7. Juli 2005

Die Ministerin für Arbeit,  
Soziales, Gesundheit und Familie

Dagmar Ziegler

Anhang zu Artikel 1 Nr. 3, Anlage 1 zu § 3 Abs. 2 Satz 1

**Ärztlicher Dokumentationsbogen für Kinder und Jugendliche** (Stand: 7.6.2005)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

0. Anamnesebogen  ja  nein

1. Datum der Untersuchung: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

2. Bezeichnung des Untersuchers: |\_|\_|\_|\_|

3. Anlass der Untersuchung:  Kindertagesstätte  Schuleingang

vorzeitig  rechtzeitig  wiederholt

ärztliches Gutachten

Schulreihe – Klasse |\_|\_|\_|\_|

Schulabgang – Klasse |\_|\_|\_|\_|

4. Schultyp: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

5. Gemeindegrenznummer der Einrichtung: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

6. Geschlecht:  m  w

7. Körperhöhe in cm: |\_|\_|\_|\_|\_|

8. Körpergewicht in kg: |\_|\_|\_|\_|\_|

9. Geburtsgewicht in g: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

10. Geburtslänge in cm: |\_|\_|\_|\_|\_|

11. Impfstatus  
Impfdokument liegt vor:  ja  nein  
wenn ja:

Impfung	HiB	D	P	T	Po	Ma	Mu	Rö	HB	Var
Anzahl Impfungen										
vollständige Grundimm.										
Grundimm. begonnen										
1. Auffrischung										
2. Auffrischung										

12. Derzeitige Förderung oder Behandlung:

keine

ärztliche Behandlung

Komplexleistung Frühförderung

Einzelmaßnahmen:

Sprachheilbehandlung

Physiotherapie

Ergotherapie

heilpädagogische Frühförderung

in der Kita

psychologische Behandlung

sonstige

13. Tests:  unauffällig  auffällig  nicht durchgef.

Möhring u. GT

Einbeinhüpfen

Einbeinstand

Seiltänzerengang

14. Sehtest mit  
LEA-Sehtafeln  ETDRS-Tafeln   
andere  nicht durchgeführt

Fernvisus:	V. rechts	V. links
ohne Brille	_ _ ,  _ _ _	_ _ ,  _ _ _
mit Brille	_ _ ,  _ _ _	_ _ ,  _ _ _
Kontaktlinsen	_ _ ,  _ _ _	_ _ ,  _ _ _

unauffällig  auffällig  nicht durchgef.

Stereosehtest

Covertest

Motilitätstest

Farbsinntest

15. Audiometrie:  unauffällig  auffällig  nicht durchgef.

rechts

links

16. Urintest

17. Blutdruck |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

18. Dauer des Kita-Besuchs in Jahren |\_|\_|

19. Früherkennungsuntersuchung  
U-Heft liegt vor  ja  nein  
wenn ja

U1-U7

U8

U9

J1 durchgeführt  ja  nein  unbekannt

20. Anzahl der im Haushalt lebenden Personen:

Kinder |\_|\_|\_| Erwachsene |\_|\_|\_|

21. Schulbildung der Mutter des Vaters

Abschluss <10. Klasse

Abschluss 10. Klasse

Abschluss Abitur

keine Angaben

22. Berufstätigkeit der Mutter des Vaters

vollzeitbeschäftigt

teilzeitbeschäftigt

in Schichtarbeit

nicht erwerbstätig

keine Angaben

23. Funktionsdiagnostischer Befund:

<b>1.1 Allergische Kontaktdermatitis</b>			
O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>1.2 Acne juvenilis</b>		<b>1 Haut</b>	
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>1.3 Nävi</b>			
O <sub>1</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>2.1 Epilepsie</b>		<b>2 Nerven / Psyche</b>	
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>2.2 ADS/ADHS</b>			
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>2.3 Intelligenzdefizite</b>			
O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>2.4 umschriebene Entwicklungsstörungen</b>			
O <sub>1</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>2.5 Emotionale/soziale Störungen</b>			
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>2.6 Sprach- und Sprechstörungen</b>			
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>2.7 Enuresis</b>			
O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>3.1 Sehfehler</b>		<b>3 Sinnesorgane</b>	
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>3.2 Hörstörungen</b>			
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>4.1 allergische Rhinitis</b>		<b>4 Allergische Erkrankungen</b>	
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>4.2 Asthma bronchiale</b>			
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>4.3 atopische Dermatitis</b>			
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>4.4 Nahrungsmittelallergie</b>			
O <sub>1</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>5.1 Hypertonie</b>		<b>5 Herz, Kreislauf</b>	
O <sub>1</sub> O <sub>3</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>6.1 Nieren u. Harnwege</b>		<b>6 Urogenitales System</b>	
O <sub>1</sub> O <sub>3</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>6.2 Lageanomalien des Hodens</b>			
O <sub>1</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>7.1 Thorax, Wirbelsäule u. Schultergürtel</b>		<b>7 Stütz u. Bewegungsapp.</b>	
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>7.2 Störung d. Beckenstatik/Beinlängen</b>			
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>7.3 Störung der Funktion des Knies</b>			
O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>7.4 Störung der Fußstatik</b>			
O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>7.5 Bewegungsstörungen</b>			
O <sub>1</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>8.1 Schilddrüsenfunktionsstörungen</b>		<b>8 Endokrines System</b>	
O <sub>1</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>8.2 Kleinwuchs</b>			
O <sub>1</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>8.3 Hochwuchs</b>			
O <sub>1</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	
<b>9.1 Adipositas / Übergewicht</b>		<b>9 Organübergreifende Befunde</b>	
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>		Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>
<b>9.2 Untergewicht</b>			
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	B <input type="checkbox"/>	Ü1 <input type="checkbox"/> Ü2 <input type="checkbox"/>	

24. Untersuchungsbefunde:

Allgemeiner Eindruck: .....

Haut: .....

Kopf - Hals: .....

Mund/Nase/Rachen/Ohren: .....

.....

Gebiss: .....

Lunge: .....

Herz (RR): .....

Abdomen/Genitalorgane: .....

Haltungs- und Bewegungsapparat: .....

.....

Psyche: .....

ZNS: .....

25. Handlungsbedarf (Mehrfachwahl möglich)

kein	<input type="checkbox"/>
psychologische Klärung	<input type="checkbox"/>
pädagogische Klärung	<input type="checkbox"/>
ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>
Impfung(en)	<input type="checkbox"/>
Sprachheilbehandlung	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
psychologische Behandl.	<input type="checkbox"/>
Heilpädagogik	<input type="checkbox"/>
Sonderpädagogik	<input type="checkbox"/>
Ergänzungsuntersuchung (JArbSchG)	<input type="checkbox"/>
sonstiger	<input type="checkbox"/>

26. Empfehlungen:

Einschulung  ja  nein

27. Gesundheitlich bedingte Einschränkungen für die berufliche Ausbildung:

ja  nein

28. Freies Feld:

1: |\_\_| 2:|\_\_| 3:|\_\_| 4: |\_\_| 5:|\_\_|

29. Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Unterschrift des Arztes

## Anhang zu Artikel 1 Nr. 3, Anlage 2 zu § 3 Abs. 2 Satz 1

**Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung Ihres Kindes – Kita****Vertraulich! (Nur für den Kinderarzt Ihres Gesundheitsamtes)** (Stand: 7.6.2005)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name, Vorname des Kindes	Geb.-Datum
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten	Telefon
Kindertagesstätte	
Behindertenausweis vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Grad der Behinderung: ___ %
Merkzeichen: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF	Pflegestufe: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3

**Allgemeine Fragen:**Anzahl der Kinder im Haushalt: Anzahl der Erwachsenen im Haushalt: Muttersprache des Kindes deutsch?  ja  neinMindestens ein Elternteil erwerbstätig?  ja  nein

**Wenn Sie die Fragen zur frühen Kindheit und zu Gesundheitsstörungen in der Familie schon einmal im Rahmen einer Kita-Untersuchung beantwortet haben, dann bitte nicht ausfüllen und gleich weiter mit Nummer 3**

**1. Rund um die Geburt**

<b>Schwangerschaftsverlauf</b>	<b>Geburtsverlauf</b>	Dauer der Schwangerschaft in Wochen: <input type="text"/>
<input type="radio"/> <sub>1</sub> normal	<input type="radio"/> <sub>1</sub> regelrecht	Geburtsgewicht: <input type="text"/> g <input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="radio"/> <sub>2</sub> mit Komplikationen	<input type="radio"/> <sub>2</sub> Komplikationen	Geburtslänge: <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="radio"/> <sub>3</sub> unbekannt	<input type="radio"/> <sub>3</sub> unbekannt	

**2. Gesundheitsstörungen in der Familie** keine Schwerhörigkeit Epilepsie Brillenträger andere**3. Entwicklung des Kindes**

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

 ja nein

Bemerkungen:

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?

 keine

ja, nämlich:

 Sprachauffälligkeiten Sehstörungen andere Hörstörungen häufiges Hinfallen unbekannt**4. Andere Erkrankungen des Kindes**

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

 nein

ja, nämlich:

 Neurodermitis Hirnhautentzündung allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung Windpocken Asthma bronchiale Hüfterkrankungen wiederholte Mittelohrentzündung Nieren- und Harnwegserkrankungen Epilepsie (so genannte Krampfanfälle) andere (wenn ja, welche?) Fieberkrämpfe unbekannt

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten

 mehr als 3 Bronchitiden mehr als 3 Ohrenentzündungen 5 Erkältungen und mehr eine Lungenentzündung

5. Fragen zu Allergien	Mutter/ Vater		Geschwister	
	ja	nein	ja	nein
Haben Mutter, Vater oder auch die Geschwister Beschwerden durch				
- Heuschnupfen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
- Asthma oder	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
- Neurodermitis	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

	ja	nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit <b>Niesanfällen</b> eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

	ja	nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten		
- beim Atmen pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
<b>falls ja</b>		
- diese während oder nach körperlicher Anstrengung?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
- nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
- 5 Anfälle von pfeifender oder fiepender Atmung?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

	ja	nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten		
einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

## 6. Fragen zum Verhalten

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind **in den letzten 6 Monaten** aufgetreten sind. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind...	stimmt	stimmt nicht
kann sich nur schwer von der Mutter oder dem Vater trennen (z. B. im Kindergarten, bei Bekannten oder Verwandten)	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
• deswegen kommt es auch im Kindergarten zu größeren Problemen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist zu Hause häufig ungehorsam	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist im Kindergarten häufig ungehorsam	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
zerstört oft mutwillig Gegenstände oder Spiele	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
hat fast täglich Wutausbrüche, bei denen es sich nur schwer beruhigen kann (z. B. stampft mit den Füßen, schreit sehr laut oder wirft mit Gegenständen um sich)	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

**7. Fragen zu Unfällen**

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste?

<sub>1</sub> ja      <sub>2</sub> nein      <sub>3</sub> unbekannt

wenn ja, welche?

Bitte geben Sie in der folgenden Tabelle die Anzahl an. Dabei soll jeder Unfall nur einmal erfasst werden – mit der schwerwiegendsten Unfallfolge

Unfallfolge	in der Kita	im Straßenverkehr	zu Hause
Verbrühung/Verbrennung		X	
Vergiftung		X	
schwere Schnittverletzungen			
Gehirnerschütterung			
Knochenbruch			

noch Beschwerden/Folgen?      <sub>1</sub> ja      <sub>2</sub> nein

**8. Wurde Ihr/e Sohn/Tochter im Krankenhaus behandelt?**

wegen       eines Unfalls       keine Krankenhausbehandlung

Krankheit, welche? \_\_\_\_\_

einer Operation (auch ambulant)      wann, welche? \_\_\_\_\_

**9. Befand sich Ihr Kind in den letzten 6 Monaten in Förderung oder Behandlung?**

nein

ja, nämlich:

ärztliche Behandlung

Krankengymnastik

psychologische Behandlung

Ergotherapie

Logopädie

Frühförderung

Nahm Ihr Kind in den letzten 6 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

ja, welche? \_\_\_\_\_       nein

**10. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen (Probleme)?**

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Anhang zu Artikel 1 Nr. 3, Anlage 3 zu § 3 Abs. 2 Satz 1

**Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung Ihres Kindes – Einschüler**

**Vertraulich! (Nur für den Kinderarzt Ihres Gesundheitsamtes)** (Stand: 7.6.2005)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name, Vorname des Kindes	Geb.-Datum
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten	Telefon
Name und Anschrift der Schule	
Behindertenausweis vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Grad der Behinderung: ___ %
Merkzeichen: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF	Pflegestufe: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3

**Allgemeine Fragen:**

Muttersprache des Kindes deutsch?  ja  nein

Wenn Sie die Fragen zur frühen Kindheit und zu Gesundheitsstörungen in der Familie schon einmal im Rahmen einer Kita-Untersuchung beantwortet haben, dann bitte nicht ausfüllen und gleich weiter mit Nummer 3

**1. Rund um die Geburt**

<b>Schwangerschaftsverlauf</b>	<b>Geburtsverlauf</b>	Dauer der Schwangerschaft in Wochen: <input type="text"/>
<input type="radio"/> <sub>1</sub> normal	<input type="radio"/> <sub>1</sub> regelrecht	Geburtsgewicht: <input type="text"/> g <input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="radio"/> <sub>2</sub> mit Komplikationen	<input type="radio"/> <sub>2</sub> Komplikationen	Geburtslänge: <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="radio"/> <sub>3</sub> unbekannt	<input type="radio"/> <sub>3</sub> unbekannt	

**2. Gesundheitsstörungen in der Familie**

keine  Schwerhörigkeit  Epilepsie  Brillenträger  andere

**3. Entwicklung des Kindes**

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?  ja  nein

Bemerkungen:

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?  keine

ja, nämlich:  
 Sprachauffälligkeiten  Sehstörungen  andere  
 Hörstörungen  häufiges Hinfallen  unbekannt

**4. Andere Erkrankungen des Kindes**

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?  nein

ja, nämlich:  
 Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung  Hirnhautentzündung  
 Asthma bronchiale  Windpocken  
 Neurodermitis  Hüfterkrankungen  
 wiederholte Mittelohrentzündung  Nieren- und Harnwegserkrankungen  
 Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)  andere (wenn ja, welche?)  
 Fieberkrämpfe  unbekannt

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten

mehr als 3 Bronchitiden  mehr als 3 Ohrenentzündungen  
 5 Erkältungen und mehr  eine Lungenentzündung



5. Fragen zu Allergien	Mutter/ Vater		Geschwister	
	ja	nein	ja	nein
Haben Mutter, Vater oder auch die Geschwister Beschwerden durch				
- Heuschnupfen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
- Asthma oder	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
- Neurodermitis	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

	ja	nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit <b>Niesanfällen</b> eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

	ja	nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten		
- beim Atmen pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
<b>falls ja</b>		
- diese während oder nach körperlicher Anstrengung?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
- nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
- 5 Anfälle von pfeifender oder fiepender Atmung?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

	ja	nein
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>

### 6. Fragen zum Verhalten

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind **in den letzten 6 Monaten** aufgetreten sind. Sollte Ihr Kind zurzeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind	stimmt	stimmt nicht
ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist zu Hause häufig ungehorsam	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
ist im Kindergarten häufig ungehorsam	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
prügelt sich häufig mit anderen Kindern	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
hat Angst vor anderen Kindern	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
nässt mindestens einmal pro Woche ein	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>



## Anhang zu Artikel 1 Nr. 3, Anlage 4 zu § 3 Abs. 2 Satz 1

**Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung Ihres Kindes – 5./6. Klassen****Vertraulich! (Nur für den Kinderarzt Ihres Gesundheitsamtes)** (Stand: 07.06.2005)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name, Vorname	Geb.-Datum
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten	Telefon
Name und Anschrift der Schule	
Behindertenausweis vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Merkzeichen: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF	Grad der Behinderung: ___ % Pflegestufe: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3

**Allgemeine Fragen:**Anzahl der Kinder im Haushalt: Anzahl der Erwachsenen im Haushalt: Muttersprache des Kindes deutsch?  ja  neinMindestens ein Elternteil erwerbstätig?  ja  nein**1. Gesundheitsstörungen in der Familie** keine Schwerhörigkeit Epilepsie Brillenträger andere**2. Entwicklung des Kindes**

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?

 keine

ja, nämlich:

 Sprachauffälligkeiten Sehstörungen andere Hörstörungen Bewegungsauffälligkeiten unbekannt**3. Andere Erkrankungen des Kindes**Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?  nein

ja, nämlich:

 allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung Hirnhautentzündung Asthma bronchiale Windpocken allergische Hautkrankheiten (z. B. auf Modeschmuck) Hüfterkrankungen Neurodermitis Nieren- und Harnwegserkrankungen wiederholte Mittelohrentzündung andere (wenn ja, welche?) Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)

.....

 Fieberkrämpfe unbekannt

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten

 mehr als 3 Bronchitiden mehr als 3 Ohrenentzündungen 5 Erkältungen und mehr eine Lungenentzündung**4. Fragen zu Allergien**

Haben Mutter, Vater oder auch die Geschwister Beschwerden durch

- Heuschnupfen

- Asthma oder

- Neurodermitis

Mutter/ Vater		Geschwister	
ja	nein	ja	nein
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten

gleichzeitig mit **Niesanfällen** eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?**ja** **nein** 1  2

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten - beim Atmen pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb <b>falls ja</b> - diese während oder nach körperlicher Anstrengung? - nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte? - 5 Anfälle von pfeifender oder fiepender Atmung?	<b>ja</b> <input type="radio"/> <sub>1</sub>	<b>nein</b> <input type="radio"/> <sub>2</sub>
---	---	---

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?	<b>ja</b> <input type="radio"/> <sub>1</sub>	<b>nein</b> <input type="radio"/> <sub>2</sub>
---	---	---

**5. Fragen zum Verhalten**

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind **in den letzten 6 Monaten** aufgetreten sind. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie Ihr Kind sich verhält, wenn es keine Medikamente einnimmt.

Mein Kind	stimmt	stimmt nicht	
muss bei starker Aufregung stottern	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
hat mehr als einmal in den letzten 6 Monaten ins Bett gemacht	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
hat ständig Angst dick zu werden	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
ist sehr ängstlich und hat deswegen im Alltag Probleme	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
hat starke Angst davor zur Schule zu gehen	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
hat überhaupt keinen Kontakt zu anderen Kindern und Jugendlichen	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
schwänzt manchmal die Schule	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
ist leicht ablenkbar und unkonzentriert			
- in der <b>Schule</b>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
- bei den <b>Hausaufgaben</b>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
- bei den <b>Regelspielen</b> (Karten- oder Brettspiele)	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig und niedergeschlagen	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
• diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
• ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	
trinkt Alkohol	<input type="radio"/> <sub>1</sub> nein	<input type="radio"/> <sub>2</sub> gelegentlich	<input type="radio"/> <sub>3</sub> mehrmals im Monat
raucht	<input type="radio"/> <sub>1</sub> nein	<input type="radio"/> <sub>2</sub> gelegentlich	<input type="radio"/> <sub>3</sub> täglich

**6. Fragen zu Unfällen**

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste?

ja       nein       unbekannt

wenn ja, welche?

Bitte geben Sie in der folgenden Tabelle die Anzahl an. Dabei soll jeder Unfall nur einmal erfasst werden – mit der schwerwiegendsten Unfallfolge

Unfallfolge	in der Kita/Schule	im Straßenverkehr	zu Hause
Verbrühung/Verbrennung			
Vergiftung			
schwere Schnittverletzungen			
Gehirnerschütterung			
Knochenbruch			



**Verordnung über die Wahl der Dekane und  
der Prodekane an der Hochschule für Film  
und Fernsehen „Konrad Wolf“ Potsdam-Babelsberg**

Vom 11. Juli 2005

Auf Grund des § 5a des Brandenburgischen Hochschulgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juli 2004 (GVBl. I S. 394) verordnet die Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur auf Antrag der Hochschule für Film und Fernsehen „Konrad Wolf“ Potsdam-Babelsberg, zu dem der Senat angehört worden ist:

§ 1

**Wahl der Dekane und der Prodekane**

Abweichend von § 73 Abs. 1 Satz 1 des Brandenburgischen Hochschulgesetzes werden die Dekanin oder der Dekan und die Prodekanin oder der Prodekan an der Hochschule für Film

und Fernsehen „Konrad Wolf“ Potsdam-Babelsberg auf Vorschlag der Präsidentin oder des Präsidenten vom Fachbereichsrat aus dem Kreis der dem Fachbereich angehörenden Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer gewählt.

§ 2

**In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten**

Diese Verordnung tritt am 1. September 2005 in Kraft und am 31. August 2010 außer Kraft.

Potsdam, den 11. Juli 2005

Die Ministerin für Wissenschaft,  
Forschung und Kultur

Prof. Dr. Johanna Wanka



## Gesetz- und Verordnungsblatt

für das Land Brandenburg

---

408

Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg Teil II – Nr. 21 vom 29. Juli 2005

---

Herausgeber: Ministerium der Justiz des Landes Brandenburg.

Der Bezugspreis beträgt jährlich 46,02 EUR (zzgl. Versandkosten + Portokosten). Die Einzelpreise enthalten keine Mehrwertsteuer. Die Einweisung kann jederzeit erfolgen.

Die Berechnung erfolgt im Namen und für Rechnung des Ministeriums der Justiz des Landes Brandenburg.

Die Kündigung ist nur zum Ende eines Bezugsjahres zulässig; sie muss bis spätestens 3 Monate vor Ablauf des Bezugsjahres dem Verlag zugegangen sein.

Die Lieferung dieses Blattes erfolgt durch die Post. Reklamationen bei Nichtzustellung, Neu- bzw. Abbestellungen, Änderungswünsche und sonstige Anforderungen sind an die Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH zu richten.

Herstellung, Verlag und Vertrieb: Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH, Karl-Liebknecht-Straße 24–25, Haus 2, 14476 Golm (bei Potsdam), Telefon Potsdam (03 31) 56 89 - 0