

**Formblatt V3  
(zu Ziffer II Satz 1)**

Geschäftszeichen:

Ausgangsdatum MSD:

MSD der Förderschule:

Anschrift:

Telefon:

Diagnostiklehrkraft:

E-Mail:

**An den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst**

**Amtsärztliche Untersuchung im Rahmen des Verfahrens  
zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf**

gemäß § 4c Absatz 3 Satz 2 SächsSchulG in Verbindung mit § 13 Absatz 5 Satz 3 SOFS

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf bitte ich Sie um die Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens für:

<b>Angaben zur Schulanfängerin/zum Schulanfänger/zur Schülerin/zum Schüler</b>	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	aktuelle Klassenstufe:
Anschrift:	

<b>Angaben zu den Eltern</b> (Eltern sind gemäß § 45 Absatz 5 SächsSchulG die Personensorgeberechtigten.)	
Name, Vorname:	Beziehung zum Kind <sup>1</sup> :
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Name, Vorname:	Beziehung zum Kind <sup>1</sup> :
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Name, Vorname:	Beziehung zum Kind <sup>1</sup> :
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:

<b>Angaben zur Schule</b>	
Name:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:

<sup>1</sup> zum Beispiel Mutter/Vater, Großmutter/Großvater, Pflegemutter/Pflegevater, Vormund

**Sie werden gebeten, insbesondere zu folgenden Schwerpunkten Stellung zu nehmen:**

- medizinisch erkennbare Zusammenhänge zwischen **Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich:**
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Denken und Gedächtnis     | <input type="checkbox"/> Emotionen und Sozialverhalten | <input type="checkbox"/> Körper und Motorik |
| <input type="checkbox"/> Sprache und Kommunikation | <input type="checkbox"/> Wahrnehmung                   |   |

und dem vermuteten **sonderpädagogischen Förderbedarf im Förderschwerpunkt:**

- |   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> emotionale und soziale Entwicklung     | <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Hören |
| <input type="checkbox"/> körperliche und motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Lernen               |                                |
| <input type="checkbox"/> Sehen                                  | <input type="checkbox"/> Sprache              |                                |

Art und Grad der Behinderung

notwendige Rahmenbedingungen zur Teilhabe und zum Erreichen von Bildungszielen aus medizinischer Sicht (z. B. individuelle Hilfsmittel, personelle Unterstützung, spezifische Fördermaßnahmen)

Art der Schülerbeförderung

eventuell erforderliche Heimunterbringung<sup>2</sup>

**Bitte beantworten Sie außerdem folgende diagnostisch relevante Fragestellung(en):**

Bitte senden Sie die Ergebnisse der amtsärztlichen Untersuchung möglichst zeitnah an den oben genannten MSD der Förderschule zurück. Sofern Sie weitere Informationen benötigen, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift MSD

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Schulleiterin/Schulleiter  
Förderschule

<sup>2</sup> Wenn die besondere Aufgabe der Förderschule die Heimunterbringung gebietet oder die Erfüllung der Schulpflicht sonst nicht gesichert ist, kann gemäß § 13 Absatz 3 SächsSchulG mit Zustimmung der Eltern bei der Schule eine Heimunterbringung erfolgen, so dass die Schülerin/der Schüler Unterkunft, Verpflegung, familiengemäße Betreuung und eine dem Förderbedarf entsprechende Förderung erhält.