

neu!

SCHULKLASSE: _____

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____ Vorname: _____
Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____
Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Vater: ja nein Mutter: ja nein
Geburtsjahr der Geschwister: _____, _____, _____, _____, _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein
Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?
Masern: ja nein Keuchhusten: ja nein Scharlach: ja nein
Röteln: ja nein Windpocken (Schafblattern): ja nein sonstige: _____
Mumps: ja nein Gelbsucht: ja nein sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem.
Bitte Zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Häufiger Kopfschmerz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen,		Chronische Mittelohrentzündung	
Arzneimittel-, Insektenallergie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	(Trommelfellverletzung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sehfehler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hörfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sprachfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____