

SJ 22/23

Fragebogen für unsere Schulärztin

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen im Sekretariat abgegeben werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit unserer Schulärztin.

Familienname d. SchülerIn: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____ Anschrift: _____

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

.....
Welche Infektionskrankheiten hat d. SchülerIn durchgemacht?

Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Windpocken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Röteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Operationen: _____; bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arzneimittel)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Trommelfellverletzung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sehfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Besondere Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Sprachfehler: ja nein
 in Behandlung ohne Behandlung

Alle Impfkarten (auch Zeckenschutzimpfkarte) sind in Kopie beizulegen.

_____ Datum

_____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten