

ELTERNFRAGEBOGEN FÜR UNSERE SCHULÄRZTIN

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind 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: weiblich männlich Geburtsdatum: _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon (bitte um 2 aktuelle Telefonnummern): _____

Besteht in der Familie Zuckerkrankheit ja nein Besteht in der Familie Übergewicht? ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Windpocken (Varicellen/Schafblattern) ja nein Scharlach ja nein

Keuchhusten (Pertussis) ja nein Masern 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: ja nein Welche? _____

Wurde die Schülerin/ der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein

Datum der bisherigen FSME-Impfungen:

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen (laut Impfgutscheinheft) durchgeführt? ja nein

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen Masern geimpft? nein 1x 2x

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

Besteht im Besonderen:

Allergie ja nein wenn ja welche: _____

Asthma bronchiale ja nein häufiger Kopfschmerz ja nein

Zuckerkrankheit ja nein Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

Anfallsleiden ja nein Sprachfehler ja nein

häufige Mittelohrentzündungen/ Trommelfelldefekt ja nein

Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe ja nein

(Bitte Zutreffendes unterstreichen)

sonstige Mitteilungen: _____

Datum

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)