

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: weiblich männlich **Geburtsdatum:** _____
TT.MM.JJJJ

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Mutter: ja nein
 Vater: ja nein

Geburtsjahr der Geschwister: _____

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

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Windpocken (Feucht-/Schafblattern) ja nein
 Scharlach 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
 letzte Impfung am: _____

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt? ja nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

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, Arzneimittel-/Insektenallergie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Chronische Mittelohrentzündung (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 |
| Ohnmachtsneigung | <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 | Sprachfehler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Auffälligkeiten (Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe) | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

sonstige Auffälligkeiten: _____

Datum _____ Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten) _____