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 verschlossenen Kuvert der Schulärztin/dem Schularzt übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Geschlecht: männlich □ weiblich □

Familienname d. Schülers(in): _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____
Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____
_____ Telefon: _____

- Besteht in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister): Adipositas ja □ nein □
  Herz/Kreislauferkrankungen ja □ nein □
  Diabetes ja □ nein □

  Sonstiges: _____

- Welche Kinder-/Infektionskrankheiten hat der Schüler/die Schülerin durchgemacht?

  Scharlach □ Windpocken □
  Sonstiges: _____

- Welche Operationen oder Unfälle/Verletzungen hat der Schüler/die Schülerin durchgemacht:

  _____

- Beseht eine regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

  _____

- Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	□	Häufige Bauchschmerzen	□
Allergien (Ekzem, Heuschnupfen,		Nahrungsmittelunverträglichkeit	□
Arzneimittel, Insektenallergie)	□	Häufige Kopfschmerzen	□
ADHS	□	Hörfehler	□
Zuckerkrankheit	□	Sprachfehler	□
Epilepsie	□	Sehfehler	□

  Sonstiges: _____

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

  _____

Datum und Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

_____

☒ Bitte Zutreffendes ankreuzen