

Elternfragebogen

Angaben zu Ihrem Kind

Schulklasse	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	Ausfülldatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Deutsch Sonstige:

Gibt es körperliche oder psychische familiäre Erkrankungen (Eltern und Geschwister)? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

ja nein

Wenn ja, welche:

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Masern Mumps Röteln Keuchhusten
 Windpocken (Schafblättern) Hepatitis Tuberkulose
 Sonstige:

Hat Ihr Kind Allergien und/oder Unverträglichkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Biene Wespe Medikamente Nahrungsmittel Tiere
 Pollen Chlor Nickel Hausstaubmilbe
 Sonstige:

Hat Ihr Kind ein Notfallset? (Besonders wichtig und verpflichtend mitzuteilen)

ja

nein

Wenn ja, welches Notfallset?

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder Beeinträchtigung? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Lese-/Rechtschreibschwäche | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrums-Störung | <input type="checkbox"/> Rechenschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angst-/Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung/Artikulationsstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> chronisches Ekzem |
| | | <input type="checkbox"/> Zöliakie | |
| | | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose | |
| | | <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung | |

Sonstige:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Gibt es Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen bereiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Körperliche Beschwerden:

- Kollapsneigung
- Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen
- Übelkeit/Erbrechen
- starke Regelschmerzen
- Schlafstörungen
- Schnarchen/Atempausen

Auffälligkeiten:

- soziale Isolation/Rückzug/Schulverweigerung/Tics
- Aggressivität/Wutausbrüche
- Stimmungsschwankungen
- Bettnässen/Einkoten

Suchtproblematiken:

- exzessiver Medienkonsum
- Alkohol/Drogen

Sonstige:

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Operation? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schielkorrektur | <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte | <input type="checkbox"/> Bruch (Nabel/Leiste) |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Mandeln/Polypen | <input type="checkbox"/> Darm (Blinddarm/andere Darm-OP) | <input type="checkbox"/> Klumpfüße |

Sonstige:

Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung? (Jahr)

Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung? (Jahr)

Gibt es noch etwas, was Sie mir mitteilen möchten?