

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 neinVater: ja nein**Geburtsjahr der Geschwister:** _____**Sind die Eltern zuckerkrank?**Mutter: ja neinVater: ja nein**Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?**Windpocken (Feucht-/Schafblattern) ja neinScharlach 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 ja nein Häufiger Kopfschmerz ja neinAllergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-/
Insektenallergie) ja nein Chronische Mittelohrentzündung
(Trommelfellverletzung) ja neinZuckerkrankheit ja nein Sehfehler ja neinOhnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja neinAnfallsleiden ja nein Sprachfehler ja neinAuffälligkeiten (Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe) ja nein

sonstige Auffälligkeiten: _____

Datum

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)