

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) _____