

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert das Eingehen der Schulärztin auf die individuellen Bedürfnisse des Schülers.

| | |
|---|---|
| Familiename d. Schülers(in): | Vorname: |
| Geb.-Datum: | Versicherungsnummer d. Schülers(in): |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | |
| Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): | |
| Telefon: | |
| Berufstätigkeit der Eltern (Erziehungsberechtigten): | Geburtsjahr der Geschwister |
| Vater: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mutter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Sind die Eltern zuckerkrank? | Vater: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mutter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind die Eltern übergewichtig? | Vater: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mutter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler(in) durchgemacht?

| | | |
|--|--|---|
| Masern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mumps <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Scharlach <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Röteln <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Feuchtblattern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Diphtherie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Keuchhusten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Gelbsucht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kinderlähmung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 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, wenn ja, welche? _____ | | |
| Wurde d. Schüler(in) gegen FSME (Zecken) geimpft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

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, Bienen, Wespen Heuschnupfen, Arzneimittel) <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 (Epilepsie) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sprachfehler <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nähere Angabe: |
| ADHS, Teilleistungsstörung, Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nähere Angabe: | |
| Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Problem mit Wirbelsäule oder Gelenken <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein | Erkrankungen v. Niere o. Blase <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Datum: _____ Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____