

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.

Familiennamen 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): _____