

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: männlich ☐ weiblich ☐ Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

_____ Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Vater: ja ☐ nein ☐ Mutter: ja ☐ nein ☐

Geburtsjahr der Geschwister: _____, _____, _____, _____, _____, _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja ☐ nein ☐ Mutter: ja ☐ nein ☐

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja ☐ nein ☐ Mutter: ja ☐ nein ☐

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Masern: ja ☐ nein ☐ Keuchhusten: ja ☐ nein ☐ Scharlach: ja ☐ nein ☐

Röteln: ja ☐ nein ☐ Windpocken (Schafblattern): ja ☐ nein ☐ sonstige: _____

Mumps: ja ☐ nein ☐ Gelbsucht: 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, wenn ja, welche? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja ☐ nein ☐ letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja ☐ nein ☐ Häufiger Kopfschmerz ja ☐ nein ☐

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, ja ☐ nein ☐ Chronische Mittelohrentzündung ja ☐ nein ☐

Arzneimittel-, Insektenallergie) ja ☐ nein ☐ (Trommelfellverletzung) ja ☐ nein ☐

Zuckerkrankheit: ja ☐ nein ☐ Sehfehler ja ☐ nein ☐

Ohnmachtsneigung: ja ☐ nein ☐ Hörfehler: ja ☐ nein ☐

Anfallsleiden ja ☐ nein ☐ Sprachfehler: ja ☐ nein ☐

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja ☐ nein ☐

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____