

SJ 21/22

Fragebogen für unsere Schulärztin

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen im Sekretariat abgegeben werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit unserer Schulärztin.

Familienname d. SchülerIn: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____ Anschrift: _____

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

Welche Infektionskrankheiten hat d. SchülerIn 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 |
| Windpocken | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Röteln | <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, Harnwege, Haut, Nervensystem. Bitte Zutreffendes unterstreichen. Nähere Angaben: _____

Operationen: _____; bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche: _____

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) | <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 |
| Ohnmachtneigung | <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 | | |

Besondere Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Sprachfehler: ja nein
 in Behandlung ohne Behandlung

Alle Impfkarten (auch Zeckenschutzimpfkarte) sind in Kopie beizulegen.

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten