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: _____

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

Sind die **Eltern zuckerkrank (Diabetes)?** Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche **Infektionskrankheiten** hat die Schülerin/der Schüler **durchgemacht, (war daran erkrankt)?**

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? _____

Impfungen:

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen **Diphtherie-Tetanus-Polio-Pertussis** geimpft? ja nein

letzte Impfung am: _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen **Mumps-Masern-Röteln zweimalig** geimpft? ja nein

1. Impfung am: _____ **2. Impfung am:** _____

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

Arzneimittel-, Insektenallergie) _____ Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung) ja nein

Wenn JA, welche: _____

Medikamente bei Allergie:

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein Sprachfehler ja nein

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

Sonstiges:

Datum: _____, Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____