

HLW:

FW:

FM:

ELTERNFRAGEBOGEN

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Familienname d. Schülers(in): _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

_____ Telefon: _____

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

Geburtsjahr der Geschwister: _____

Bestehen bei Familienangehörigen (Eltern, Geschwister) chronische Krankheiten wie Zuckerkrankheit, Hochdruckleiden, Krebsleiden o. a.: _____

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	Schafblattern	<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 Unfallsfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde d. Schüler(in) gemäß den allgemein empfohlenen Impfrichtlinien geimpft: ja 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, Arzneimittel, Heuschnupfen)	<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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____