

## Gesundheitsfragebogen

*Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin / den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und müssen (in Ihrem Interesse in einem verschlossenen Kuvert) bei der Anmeldung an die Schule übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin / des Schularztes.*

Familienname Schüler/in: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort Straße

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort StraßeBerufstätigkeit Vater:  ja  nein \_\_\_\_\_ Berufstätigkeit Mutter:  ja  nein \_\_\_\_\_

Geburtsjahr der Geschwister: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_;

Sind die Eltern Zuckerkrank? Vater:  ja  nein Mutter:  ja  neinSind die Eltern übergewichtig? Vater:  ja  nein Mutter:  ja  nein

Welche Infektionskrankheiten hatte Ihre Tochter / Ihr Sohn?

Masern  ja  nein Mumps  ja  nein Scharlach  ja  neinRöteln  ja  nein Feuchtblattern  ja  nein Diphtherie  ja  neinKeuchhusten  ja  nein Gelbsucht  ja  nein Kinderlähmung  ja  neinBestanden 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 Ihre Tochter / Ihr Sohn gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft?  ja  nein

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale  ja  nein häufiger Kopfschmerz  ja  neinAllergien (Ekzem; Heuschnupfen; Arzneimittel, Laktose; etc.)  ja  nein chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellentzündung)  ja  neinZuckerkrankheit  ja  nein Sehfehler  ja  neinOhnmachtsneigung  ja  nein Hörfehler  ja  neinAnfallsleiden  ja  nein Sprachfehler  ja  nein  
In Behandlung  ja  neinAuffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, usw.)  ja  neinBesteht ein medizinisches Hindernis für die Teilnahme am Schwimmunterricht im Hallenbad?  ja  nein

Wenn bekannt, welches? \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift