

Elternfragebogen

Sehr geehrte Eltern/ Sehr geehrte Erziehungsberechtigte!
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 Straße

Berufstätigkeit Vater: ja nein _____ Berufstätigkeit Mutter: ja nein _____

Geburtsjahr der Geschwister: _____; _____; _____; _____; _____;

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

Welche Infektionskrankheiten hatte Ihre Tochter / Ihr Sohn?

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	Feuchtblattern	<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 oder 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
Allergien (Ekzem; Heuschnupfen; Arzneimittel, Laktose; etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellentzündung)	<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 In Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, usw.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besteht ein medizinisches Hindernis für die Teilnahme am Schwimmunterricht im Hallenbad? ja nein

Wenn bekannt, welches? _____

_____ Datum

_____ Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten