

Schule: .....

Schulklasse: .....

### Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind 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:  weiblich  männlich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_

Telefon (bitte um 2 aktuelle Telefonnummern): \_\_\_\_\_

Besteht in der Familie Zuckerkrankheit  ja  nein Besteht in der Familie Übergewicht?  ja  nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Windpocken (Varicellen/Schafblattern)  ja  nein Scharlach  ja  nein

Keuchhusten (Pertussis)  ja  nein Masern  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:  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Wurde die Schülerin/ der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft?  ja  nein

Datum der bisherigen FSME-Impfungen:

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen (laut Impfgutscheinheft) durchgeführt?

ja  nein

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen Masern geimpft?  nein  1x  2x

#### Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

Besteht im Besonderen:

Allergie  ja  nein wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Asthma bronchiale  ja  nein häufiger Kopfschmerz  ja  nein

Zuckerkrankheit  ja  nein Sehfehler  ja  nein

Ohnmachtsneigung  ja  nein Hörfehler  ja  nein

Anfallsleiden  ja  nein Sprachfehler  ja  nein

häufige Mittelohrentzündungen/ Trommelfelldefekt  ja  nein

Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe  ja  nein

(Bitte Zutreffendes unterstreichen)

sonstige Mitteilungen: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)