

Elternfragebogen**Liebe Eltern!**

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt.
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: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Vater: ja nein Mutter: ja nein
Geburtsjahr der Geschwister: _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein
Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

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? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Asthma bronchiale | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Häufiger Kopfschmerz | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insektenallergie) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Sehfehler | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Hörfehler: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Sprachfehler: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____