

Gesundheitsfragebogen

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in **einem Kuvert verschlossen dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Familienname d. Schülers(in) _____

Vorname _____

Geschlecht: weiblich

männlich

Geburtsdatum: _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern:

Mutter: ja nein

Vater: ja nein

Geburtsjahr der Geschwister: _____

Sind die Eltern zuckerkrank?

Mutter: ja nein

Vater: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler(in) durchgemacht?

Windpocken (Feucht-/Schafblattern)

ja nein

Scharlach

ja nein

Sonstiges: _____

Bestanden oder bestehen anderer Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkschmerzen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Nieren, Harnwege, Haut, Nervensystem. Bitte zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamente?

ja nein

welche: _____

Wurde d. Schüler(in) gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein

letzte Impfung am: _____

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt? ja nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja nein

Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergie (Ekzem, ja nein

Chronische Mittelohrentzündung ja nein

Heuschnupfen, Arzneimittel)

(Trommelfellverletzung)

Zuckerkrankheit ja nein

Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein

Hörfehler ja nein

Anfallsleiden ja nein

Sprachfehler ja nein

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässe, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Datum _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten oder
des/der volljährigen Schülers/in