

## 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** übermittleit 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässe, häufiges Erbrechen usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige Auffälligkeiten:			

Datum

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