

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigten!

Ihre Angaben sind ausschließlich für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und sollen im Interesse des Kindes in einem verschlossenen Kuvert an die Schulärztin/den Schularzt übermittelt werden.

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum (TT.MM.JJJJ): _____ Geschlecht: weiblich männlich**Vorerkrankungen**

Bestanden oder bestehen bei Ihrem Kind Erkrankungen wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwege, Haut oder Nervensystem? (bitte zutreffendes unterstreichen)

nähere Angaben: _____

Leidet ihr Kind unter Allergien? Nein Ja gegen: _____

Bestehen im Besonderen (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> häufige Ohrenentzündungen | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung |
| <input type="checkbox"/> Sehfehler/Brille | <input type="checkbox"/> Hörfehler | <input type="checkbox"/> Sprachfehler |

Regelmäßige Medikamenteneinnahme nein ja: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen? _____

Auffälligkeiten (Schlafstörungen, Schnarchen, Bettnässen u.s.w.) nein ja

wenn ja, welche: _____

Hatte ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Infektionserkrankungen:

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken (Schafblattern) | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Mumps |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Impfungen

Sollten Unsicherheiten in Bezug auf den Impfstatus bestehen ersuchen wir Sie, Ihrem Kind zur schulärztlichen Untersuchung den Impfpass mitzugeben.

-
- Mein Kind hat keine Impfungen erhalten

Grundimmunisierung mit 6-Fach-Impfstoff (Diphtherie, Polio, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B, Haemophilus I.)
zumindest 3 x erfolgt? ja nein unbekannt

Auffrischung 4-fach Impfung (Diphtherie, Polio, Tetanus, Keuchhusten) zwischen 7. Und 9. Lebensjahr erfolgt?

-
- ja
-
- nein
-
- unbekannt

FSME (Zecken), zumindest 3 x erfolgt? ja nein Letzte Impfung im Jahr: _____Hepatitis A Impfung 1x 2x keine ImpfungMasern/Mumps/Röteln 1x 2 x keine ImpfungVaricellen (Schafblattern) 1x 2x keine Impfung

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____ Datum: _____