

Elternfragebogen → bitte ebenfalls beilegen

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte!

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

Familienname Schüler*in: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name und Anschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

_____ Telefon: _____

Geburtsjahr der Geschwister: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Vater: ja nein Mutter: ja nein

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

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

Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler*in durchgemacht?

Masern ja nein Mumps ja nein Scharlach ja nein

Röteln ja nein Feuchtblattern ja nein Diphtherie ja nein

Keuchhusten ja nein Gelbsucht ja nein Kinderlähmung ja nein

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 Unfallsfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Besteht im besonderem:

Asthma bronchiale ja nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel) ja nein Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung) ja nein

Zuckerkrankheit ja nein Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

Anfallsleiden ja nein Sprachfehler ja nein

Auffälligkeiten ja nein

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

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____