

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

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: _____

Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern:

Geburtsjahr der Geschwister: _____

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 Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde d. Schüler(in) gegen Tuberkulose (BCG-)geimpft? ja nein

Besteht im besonderen:

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

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

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen!