

Elternfragebogen

Schulklasse: _____

Liebe Eltern!

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

Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Familienname _____ Vorname: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Angaben zu den Eltern (Erziehungsberechtigten)

Familienname _____ Vorname: _____

Anschrift _____

Telefon _____

Familienname _____ Vorname: _____

Anschrift _____

Telefon _____

Berufstätigkeit der Eltern: **Vater:** ☐ Ja ☐ Nein **Mutter:** ☐ Ja ☐ Nein

Angaben zu Geschwistern

Geburtsjahr(e) der Geschwister: _____, _____,

_____, _____, _____

Angaben zur Gesundheit

Sind die Eltern zuckerkrank? **Vater:** ☐ Ja ☐ Nein **Mutter:** ☐ Ja ☐ Nein

Sind die Eltern übergewichtig? **Vater:** ☐ Ja ☐ Nein **Mutter:** ☐ Ja ☐ Nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Masern:	☐ Ja ☐ Nein	Keuchhusten:	☐ Ja ☐ Nein
Scharlach:	☐ Ja ☐ Nein	Röteln:	☐ Ja ☐ Nein
Mumps:	☐ Ja ☐ Nein	Windpocken	☐ Ja ☐ Nein
Gelbsucht:	☐ Ja ☐ Nein	(Schafblattern)	

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten?

☐ häufige Halsentzündungen ☐ Gelenkentzündungen ☐ angeborene Fehlbildungen

Erkrankungen an ...

☐ Herz-Kreislauf ☐ Magen ☐ Darm ☐ Lunge ☐ Niere ☐ Harnwegen

☐ Haut ☐ Nervensystem.

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme – wenn ja, welche? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ☐ Ja ☐ Nein Zuckerkrankheit ☐ Ja ☐ Nein

Häufiger Kopfschmerz ☐ Ja ☐ Nein Ohnmachtsneigung ☐ Ja ☐ Nein

Anfallsleiden ☐ Ja ☐ Nein Sehfehler ☐ Ja ☐ Nein

Hörfehler ☐ Ja ☐ Nein Sprachfehler ☐ Ja ☐ Nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insektenallergie) ☐ Ja ☐ Nein

Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung) ☐ Ja ☐ Nein

Auffälligkeiten ☐ Ja ☐ Nein

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

Datum

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)

Bundesministerium für Gesundheit 2009 DVR: 2109254

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur 2009 DVR: 0064301