

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 Unfallsfolgen: _____

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): _____