

Elternfragebogen für den SCHULARZT

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind **nur für den Schularzt** bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und dem Schularzt übermittelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert dem Schularzt die Arbeit. *)

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: ja nein