

**Elternfragebogen**

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.

**Familienname der Schülerin/des Schülers** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_  
**Geschlecht:**  weiblich  männlich **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
TT.MM.JJJJ  
**Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

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

**Geburtsjahr der Geschwister:** \_\_\_\_\_

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

**Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?**

Windpocken (Feucht-/Schafblattern)  ja  nein  
 Scharlach  ja  nein  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**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:**  ja  nein  
 welche: \_\_\_\_\_

Wurde die Schülerin/ der Schüler **gegen FSME (Zecken) geimpft?**  ja  nein  
 letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt?  ja  nein

**Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!****Besteht im Besonderen:**

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-/ Insektenallergie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sehfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auffälligkeiten (Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

sonstige Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten) \_\_\_\_\_