

# Elternfragebogen

## Liebe Eltern!

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

Geschlecht: männlich  weiblich

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 Windpocken (Schaftblättern)  ja  nein sonstige .....

Keuchhusten  ja  nein Gelbsucht  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, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde d. Schüler(in) gegen FSME (Zecken) geimpft?  ja  nein

Besteht im besonderen:

Asthma bronchiale  ja  nein Häufiger Kopfschmerz  ja  nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel, Insektenallergie)  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!

# Gesundheitsblatt

Schulkennzahl: \_\_\_\_\_ (16)

Schülerkennzahl: \_\_\_\_\_ (12)

Schulartzstempel: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ (75) Tag Monat Jahr (80)

 Geschlecht  männlich  weiblich (22)

1 (23)

2 (23)

3 (23)

Schuljahr: 20____ / ____ Schulstufe: _____ (24) (26)	Schuljahr: ____ / ____ Schulstufe: _____ (24) (26)	Schuljahr: ____ / ____ Schulstufe: _____ (24) (26)
Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr	Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr	Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr
Körpergröße: _____ (cm) / Gew.: _____ (kg) (35) (39)	Körpergröße: _____ (cm) / Gew.: _____ (kg) (35) (39)	Körpergröße: _____ (cm) / Gew.: _____ (kg) (35) (39)
<b>Anamnese</b> Asthma bronch.: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres: _____ (42)	Asthma bronch.: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres: _____ (42)	Asthma bronch.: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres: _____ (42)
Allergie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (44)	Allergie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (44)	Allergie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (44)
Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (45)	Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (45)	Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (45)
Brillesträger: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (46)	Brillesträger: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (46)	Brillesträger: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (46)
Schielen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (47)	Schielen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (47)	Schielen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (47)
Visus: <input type="checkbox"/> 6/6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig (48) herabgesetzt herabgesetzt	Visus: <input type="checkbox"/> 6/6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig (48) herabgesetzt herabgesetzt	Visus: <input type="checkbox"/> 6/6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig (48) herabgesetzt herabgesetzt
Hörvermögen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig (49) behindert behindert	Hörvermögen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig (49) behindert behindert	Hörvermögen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig (49) behindert behindert
Sprachfehler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (50)	Sprachfehler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (50)	Sprachfehler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (50)
Nase: <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. (51) behindert	Nase: <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. (51) behindert	Nase: <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. (51) behindert
Tonsillen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> krankhaft <input type="checkbox"/> entfernt (52) verändert	Tonsillen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> krankhaft <input type="checkbox"/> entfernt (52) verändert	Tonsillen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> krankhaft <input type="checkbox"/> entfernt (52) verändert
<b>Befunde</b> Zähne: (Milch- u. bleib. Geb.) <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Sonde (53)	Zähne: (Milch- u. bleib. Geb.) <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Sonde (53)	Zähne: (Milch- u. bleib. Geb.) <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Sonde (53)
<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös (54)	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös (54)	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös (54)
Gebißstellung: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. (55)	Gebißstellung: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. (55)	Gebißstellung: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. (55)
Schilddrüse: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert (56)	Schilddrüse: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert (56)	Schilddrüse: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert (56)
Haut: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden (57)	Haut: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden (57)	Haut: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden (57)
Herz und Gefäße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> org. Herz- und Gefäß-erkrankung <input type="checkbox"/> funkt. Herz- u. Gefäß-erkrankung (58)	Herz und Gefäße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> org. Herz- und Gefäß-erkrankung <input type="checkbox"/> funkt. Herz- u. Gefäß-erkrankung (58)	Herz und Gefäße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> org. Herz- und Gefäß-erkrankung <input type="checkbox"/> funkt. Herz- u. Gefäß-erkrankung (58)
Lunge: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma (59)	Lunge: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma (59)	Lunge: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma (59)
Bauch: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstige Befunde (60)	Bauch: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstige Befunde (60)	Bauch: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstige Befunde (60)
Wirbelsäule u. Brustkorb: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm (61)	Wirbelsäule u. Brustkorb: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm (61)	Wirbelsäule u. Brustkorb: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm (61)
Arme, Hände: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. (62)	Arme, Hände: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. (62)	Arme, Hände: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. (62)
Beine, Füße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. (63)	Beine, Füße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. (63)	Beine, Füße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. (63)
Nervensystem: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden (64)	Nervensystem: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden (64)	Nervensystem: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden (64)

Sonstige Befunde: \_\_\_\_\_

Sonstige Befunde: \_\_\_\_\_

Sonstige Befunde: \_\_\_\_\_

 Weitere ärztl. Abklärung:  NEIN  JA wegen \_\_\_\_\_  
 (67)

 Weitere ärztl. Abklärung:  NEIN  JA wegen \_\_\_\_\_  
 (67)

 Weitere ärztl. Abklärung:  NEIN  JA wegen \_\_\_\_\_  
 (67)

 Zur Behandl.:  NEIN  JA wegen \_\_\_\_\_  
 (66)

 Zur Behandl.:  NEIN  JA wegen \_\_\_\_\_  
 (66)

 Zur Behandl.:  NEIN  JA wegen \_\_\_\_\_  
 (66)

 Für \_\_\_\_\_ (65) geeignet  bedingt  nicht geeignet

 Für \_\_\_\_\_ (65) geeignet  bedingt  nicht geeignet

 Für \_\_\_\_\_ (65) geeignet  bedingt  nicht geeignet

 Schulärztliche Überwachung:  NEIN  JA  
 (68)

 Schulärztliche Überwachung:  NEIN  JA  
 (68)

 Schulärztliche Überwachung:  NEIN  JA  
 (68)

\_\_\_\_\_ (69) Schulkennzahl der derzeit besuchten Anstalt: nur auszufüllen nach Schulwechsel! (74)