

# Elternfragebogen

SCHULKLASSE .....

## Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin bestimmt, und werden **streng vertraulich** behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin.

Familiennamen des(r) Schülers(in) ..... Vorname .....

Geb.-Datum ..... Anschrift .....

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten) .....

..... Telefon .....

Berufstätigkeit der Eltern: Vater  ja  nein Mutter  ja  nein

Geburtsjahr der Geschwister: ..... .....

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

**Sind die Eltern übergewichtig?** Vater  ja  nein Mutter  ja  nein

### Welche Infektionskrankheiten hat der(die) Schüler(in) durchgemacht?

Masern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mumps	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Scharlach	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Röteln	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Feuchtblattern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Diphtherie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Keuchhusten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Gelbsucht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kinderlähmung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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 der(die) Schüler(in) gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft?**  ja  nein

### Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sehfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hörfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Anfallsleiden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sprachfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten