Elternfragebogen

SCHULKLASSE .....

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt, und werden **streng vertraulich** behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

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

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

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

..... Telefon .....

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

Geburtsjahr der Geschwister: ....

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

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

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

Masern	o ja	o nein	Mumps	o ja	o nein	Scharlach	o ja	o nein
Röteln	o ja	o nein	Feuchtblattern	o ja	o nein	Diphtherie	o ja	o nein
Keuchhusten	o ja	o nein	Gelbsucht	o ja	o nein	Kinderlähmung	o ja	o nein

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenksentzündungen, 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? o ja o nein

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	o ja	o nein	Häufiger Kopfschmerz	o ja	o nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel)	o ja	o nein	Chronische Mittelohrentzündung	o ja	o nein
Zuckerkrankheit	o ja	o nein	Sehfehler	o ja	o nein
Ohnmachtsneigung	o ja	o nein	Hörfehler	o ja	o nein
Anfallsleiden	o ja	o nein	Sprachfehler	o ja	o nein
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)				o ja	o nein

....

Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten