

# 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.

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  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 der(die) 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  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 Erziehungsberechtigten