

ELTERNFRAGEBOGEN

Liebe Eltern!

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

X Bitte Zutreffendes ankreuzen

Familienname d. SchülerIn: Vorname: Geb.-Datum:

Name und Anschrift der Eltern(Erziehungsberechtigten):

..... Telefon:

Berufstätigkeit d. Eltern: Vater ja nein Mutter: ja nein

Geburtsjahr der Geschwister: _____

Welche Infektionskrankheiten hat d. SchülerIn durchgemacht?

Masern	ja	nein
Röteln	ja	nein
Keuchhusten	ja	nein
Mumps	ja	nein
Feuchtblattern	ja	nein

Gelbsucht	ja	nein
Scharlach	ja	nein
Diphtherie	ja	nein
Kinderlähmung	ja	nein

Bestanden od. 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 Unfallsfolgen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

.....

Wurde d. SchülerIn gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft? ja nein

Wurde d. SchülerIn gegen Röteln geimpft? ja nein

Bestehen im Besonderen:

Asthma bronchiale	ja	nein
Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja	nein
Ohnmachtsneigung	ja	nein
Anfallsleiden	ja	nein
Herzerkrankungen	ja	nein

Herzfehler	ja	nein
Allergie (Arzneimittel, Ekzeme, Heuschnupfen)	ja	nein
Zuckerkrankheit	ja	nein
Hörfehler	ja	nein
Sprachfehler	ja	nein

Die Angaben über

Epileptische Anfälle, schwere Herz- oder Kreislaufstörungen sowie chronische Mittelohrentzündung sind wichtig zur Beurteilung der Eignung Ihres Kindes für die Teilnahme am Turn-/Schwimmunterricht.

Datum:

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):