

Elternfragebogen für den Schularzt

Liebe Eltern!

Dieser Fragebogen wird vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung empfohlen, ist ausschließlich für den Schularzt bestimmt und wird nur vom Schularzt nach den gesetzlichen Bestimmungen verwaltet. Wir ersuchen Sie, durch vollständiges Ausfüllen die Arbeit des Schularztes zu erleichtern.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname d. Schülers(in): _____ Vorname: _____ Soz.Vers.-Nr.: _____

Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____

Name und Anschrift der Eltern (des/der Erziehungsberechtigten): _____

_____ (Mobil)Telefon: _____

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

Geburtsjahr(e) 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 d. 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	Windpocken (Schafblattern)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sonstige:		
Keuchhusten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Gelbsucht	<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 d. Schüler(in) gegen FSME geimpft? ja nein Letzte Impfung am: _____

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 (der/des Erziehungsberechtigten): _____