

**Elternfragebogen****Liebe Eltern!**

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

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 die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Masern: ja  nein  Keuchhusten: ja  nein  Scharlach: ja  nein

Röteln: ja  nein  Windpocken (Schafblattern): ja  nein  sonstige: \_\_\_\_\_

Mumps: ja  nein  Gelbsucht: ja  nein  sonstige: \_\_\_\_\_

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 die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja  nein  letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja  nein  Häufiger Kopfschmerz ja  nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, ja  nein  Chronische Mittelohrentzündung ja  nein

Arzneimittel-, Insektenallergie) ja  nein  (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 (Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_