

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

ELTERNFRAGEBOGEN FÜR DEN SCHULARZT

Vor- und Zuname des Schülers/der Schülerin:

Geburtsdatum: SozialversNr.

Vor- und Zuname der Eltern:

Anschrift:

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 Schüler/die Schülerin durchgemacht?

Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Windpocken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	sonstige
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?

Besteht eine Allergie? nein
 wenn ja, welche/worauf?

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sehfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen, Gewichtsverlust usw.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

.....
Unterschrift