

# 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. **Zutreffendes bitte ankreuzen.**

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

**Vorname:** \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich  männlich

**Sozialversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit der Eltern: Mutter: ja  nein  Vater: ja  nein   
Geburtsjahr der Geschwister: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Sind die Eltern zuckerkrank? Mutter: ja  nein  Vater: ja  nein   
Sind die Eltern übergewichtig? Mutter: ja  nein  Vater: 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  Diphtherie: ja  nein   
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 Tuberkulose (BCG) geimpft? ja  nein   
Wurde die Schülerin / der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja  nein  Letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Häufiger Kopfschmerz:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insektenallergie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sehfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hörfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sprachfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.):			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_