

# Elternfragebogen

## Liebe Eltern!

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

Familienname d. Schülers(in): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

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

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

Berufstätigkeit der Eltern:

Geburtsjahr der Geschwister: \_\_\_\_\_

Vater:  ja  nein Mutter:  ja  nein

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

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  ja  nein Mumps  ja  nein Scharlach  ja  nein

Röteln  ja  nein Feuchtblattern  ja  nein Diphtherie  ja  nein

Keuchhusten  ja  nein Gelbsucht  ja  nein Kinderlähmung  ja  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 Unfallsfolgen: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

Besteht im besonderen:

Asthma bronchiale  ja  nein Häufiger Kopfschmerz  ja  nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel)  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 (Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_