

Der **Gesundheitsfragebogen**

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur **für die Schulärztin bestimmt**. Sie werden **streng vertraulich behandelt** und sollten in Ihrem eigenen Interesse **in einem Kuvert verschlossen** der Schulärztin übermittelt werden. Ein vollständig ausgefüllter Fragebogen erleichtert die Arbeit der Schulärztin erheblich.

Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Familienname: _____ Vorname(n): _____

Geschlecht: w m div _____ Geburtsdatum: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Adresse: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Welche **Infektionskrankheiten** hatte der/die Schüler/in?
 Windpocken: ja nein
 Scharlach: 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: ja nein

welche: _____

Wurde der/die Schüler/in **gegen FSME** und/oder gegen **Masern/Mumps/Röteln geimpft?**
 FSME MMR 2x MMR 1x gar nicht

Wurden andere von der Gesundheitsbehörde empfohlene **Impfungen** durchgeführt?
 ja nein

Bitte **Kopie des Impfpasses** beilegen!

Besteht im Besonderen:

Anfallsleiden ja nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Asthma bronchiale ja nein Sprachfehler ja nein

Zuckerkrankheit ja nein Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

chronische Mittelohrentzündung ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insekten-, Chlorallergie o. a.) ja nein

Auffälligkeiten: _____

Datum: _____ Unterschrift mindestens eines/r Erziehungsberechtigten: _____