



# 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?  
Bitte **Kopie des Impfpasses** beilegen!

ja

nein

## 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: