

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.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____ **Vorname:** _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ **Geb. -Datum (TT.MM.JJJ):** _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

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 die Schülerin/der Schüler durchgemacht?
Masern: ja ☐ nein ☐ **Keuchhusten:** ja ☐ nein ☐ **Scharlach:** ja ☐ nein ☐
Röteln: ja ☐ nein ☐ **Windpocken (Schafblattern):** ja ☐ nein ☐
sonstige: _____

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 FSME (Zecken) geimpft? ja ☐ nein ☐ letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja ☐ nein ☐ **Häufiger Kopfschmerz** ja ☐ nein ☐
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, ja ☐ nein ☐ **Chronische Mittelohrentzündung**
Arzneimittel-, Insektenallergie) ja ☐ nein ☐ **(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): _____