



Klasse: \_\_\_\_\_

**ELTERNFRAGEBOGEN ZUR AUSSCHLIESSLICHEN VERWENDUNG DES SCHULARZTES**

Geschätzte Eltern,  
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem verschlossenen Kuvert dem Schularzt übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen (durch Ankreuzen der zutreffenden Antwort) erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Schülerin/Schüler	Familienname: _____	Vorname: _____
	Geburtsdatum: _____	
	Anschrift: _____	
Eltern/Erziehungsberechtigte	Namen: _____	
	Anschrift: _____	
	Telefon: _____	
	Berufstätigkeit: Vater: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mutter: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geschwister	Geburtsjahr: _____ / _____ / _____ / _____ / _____	

Sind die Eltern zuckerkrank?	Vater: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mutter: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind die Eltern übergewichtig?	Vater: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mutter: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Infektionskrankheiten der Schülerin/des Schülers:								
Masern	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Mumps	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Scharlach	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Röteln	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Feuchtblattern	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Diphtherie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Keuchhusten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Gelbsucht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Kinderlähmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten (Zutreffendes unterstreichen): z. B. häufig Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? – Nähere Angaben: \_\_\_\_\_

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: \_\_\_\_\_

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

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen Tuberkulose (BCG-)geimpft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

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

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

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_