Schule:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Schulklasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Elternfragebogen**

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind 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: [ ]  weiblich [ ]  männlich Geburtsdatum: °°°°°

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): °°°°°

Telefon (bitte um 2 aktuelle Telefonnummern): °°°°°

Besteht in der Familie Zuckerkrankheit: [ ]  ja / [ ]  nein Besteht in der Familie Übergewicht: [ ]  ja / [ ]  nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Windpocken (Varicellen/Schafblattern) [ ]  ja / [ ]  nein Scharlach [ ]  ja / [ ]  nein

Keuchhusten (Pertussis) [ ]  ja / [ ]  nein Masern [ ]  ja / [ ]  nein

Sonstige: °°°°°

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenksentzündungen, 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 die Schülerin/ der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? [ ]  ja [ ]  nein

Datum der bisherigen FSME-Impfungen: Datum hier auswählen

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen (laut Impfgutscheinheft) durchgeführt? [ ]  ja [ ]  nein

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen Masern geimpft? [ ]  nein [ ]  1x [ ] 2x

**Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!**

Besteht im Besonderen:

Allergie [ ]  ja [ ]  nein wenn ja welche: °°°°°

Asthma bronchiale [ ]  ja [ ]  nein häufiger Kopfschmerz [ ]  ja [ ]  nein

Zuckerkrankheit [ ]  ja [ ]  nein Sehfehler [ ]  ja [ ]  nein

Ohnmachtsneigung [ ]  ja [ ]  nein Hörfehler [ ]  ja [ ]  nein

Anfallsleiden [ ]  ja [ ]  nein Sprachfehler [ ]  ja [ ]  nein

häufige Mittelohrentzündungen/ Trommelfelldefekt [ ]  ja [ ]  nein

Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe [ ]  ja [ ]  nein

(Bitte Zutreffendes unterstreichen)

sonstige Mitteilungen: °°°°°°

Datum hier auswählen

Datum Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)