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)