

**Elternfragebogen****Liebe Eltern!**

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: männlich  weiblich  Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Keuchhusten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Scharlach: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Röteln: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Windpocken (Schafblattern): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sonstige: _____
Mumps: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gelbsucht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Häufiger Kopfschmerz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insektenallergie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sehfehler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hörfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sprachfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_