Elternfragebogen

***Liebe Eltern!***

*Ihre Angaben sind nur für den* ***Schularzt*** *bestimmt. Sie werden* ***streng vertraulich*** *behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.*

**Familienname d. Schülers(in):** Vorname:

Geb. Datum: Anschrift:

Name und Anschrift des 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 d. Schüler(in) durchgemacht?

Masern 🞏 ja 🞏 nein Mumps 🞏 ja 🞏 nein Scharlach 🞏 ja 🞏 nein

Röteln 🞏 ja 🞏 nein Feuchtblattern 🞏 ja 🞏 nein Diphterie 🞏 ja 🞏 nein

Keuchhusten 🞏 ja 🞏 nein Gelbsucht 🞏 ja 🞏 nein Kinderlähmung 🞏 ja 🞏 nein

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:

Operation oder bleibende Unfallfolgen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

Wurde d. Schüler(in) gegen Tuberkulose (BCG-)geimpft? 🞏 ja 🞏 nein

Besteht im besonderen:

Asthma bronchiale 🞏 ja 🞏 nein Häufiger Kopfschmerz 🞏 ja 🞏 nein Allergie 🞏 ja 🞏 nein

Mittelohrentzündg. 🞏 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 Erziehungsberechtigten: