

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 Diphtherie ja nein
Keuchhusten ja nein Gelbsucht ja nein Kinderlähmung ja nein

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: _____

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: _____