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 Geburtsjahr der Geschwister:	Mutter: □ ja □ ı	
Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: □ ja Sind die Eltern übergewichtig? Vater: □ ja	□ nein □ nein	Mutter: □ ja □ nein Mutter: □ ja □ nein
Röteln □ ja □ nein Feuchtblattern [□ ja □ nein □ ja □ nein	Scharlach □ ja □ nein Diphterie □ 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?		
Besteht im besonderen:		
Asthma bronchiale □ ja □ nein Häufiger Kopfschmerz Mittelohrentzündg. □ ja □ nein Zuckerkrankheit Ohnmachtsneigung □ ja □ nein Hörfehler Sprachfehler □ ja □ nein Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen.	□ ja □ nein □ ja □ nein	Allergie
Datum: Unterschrift der Erziehungsberechtigten:		