

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt –  
sie sind nur für den Schularzt bestimmt. Ein vollständiges  
Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

# ELTERNFRAGEBOGEN FÜR DEN SCHULARZT

Vor- und Zuname des Schülers/der Schülerin: .....

Geburtsdatum: ..... SozialversNr. ....

Vor- und Zuname der Eltern: .....

Anschrift: .....

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 der Schüler/die Schülerin durchgemacht?

Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Windpocken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	sonstige	.....
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	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? .....

Besteht eine Allergie?  nein  
 wenn ja, welche/worauf?

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sehfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen, Gewichtsverlust usw.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

.....  
Unterschrift