

Gesundheitsfragebogen

Ihre Angaben sind für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen des Fragebogens erleichtert der Ärztin/dem Arzt die Arbeit.

Familienname: _____ **Vorname:** _____
Geschlecht: weiblich männlich **Geburtsdatum:** _____
Wohnadresse: _____
Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Von welchen Infektionskrankheiten waren Sie betroffen?

Windpocken (Feucht-/Schafblättern)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Röteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diphtherie	<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, Nieren, Harnwege, Haut, Nervensystem? **Bitte zutreffendes unterstreichen!**

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ja nein

Welche Medikamente? _____

Wurden Sie gegen **FSME (Zecken) geimpft?** ja nein

Letzte Impfung am: _____

Wurden die von der Gesundheitsbehörde nötigen Impfungen durchgeführt? ja nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung eine Kopie des Impfpasses mitnehmen!

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-/Insektenallergie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung	<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

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Datum

Unterschrift