



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

(vom Hausarzt auszufüllen)

Ihre Angaben sind nur für unsere Schulärztin bestimmt und werden **streng vertraulich** behandelt

Familienname:	Geb.-Datum:	
Vorname:	SVR Nr.	
Anschrift		Telefon
		Mail

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern:  ja  nein      Keuchhusten:  ja  nein  
Röteln:  ja  nein      Scharlach:  ja  nein  
Mumps:  ja  nein      Windpocken (Schafblattern):  ja  nein

Andere frühere schwerere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Verletzungen, Operationen (wenn ja, welche): \_\_\_\_\_

**Verletzungen, Operationen (wenn ja, welche):**

**Bestehen chronische Erkrankungen (wie z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen, immer wiederkehrende Entzündungen usw.)**

Nähere Angaben:

**Blutgruppe:**  A positiv  B positiv  AB positiv  0 positiv  
 A negativ  B negativ  AB negativ  0 negativ

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

Allergien:  ja  nein      wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schwerhörigkeit:  ja  nein      wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sprachauffälligkeit:  ja  nein      wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben genannten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift