



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