



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,
liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für unsere Schulärztin bestimmt und werden **streng vertraulich** behandelt.
Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin.

Daten der Schülerin / des Schülers:									
Zuname:					Vorname:				
Geburtsdatum					Sozialversicherungs Nr.:				
Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten:					Telefon Erziehungsberechtigter:				

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

Welche Kinderkrankheiten hat die Schülerin / der Schüler durchgemacht?

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

Welche anderen schwereren Erkrankungen hat die Schülerin / der Schüler durchgemacht?

Verletzungen, Operationen (wenn ja, welche):

Bestehen chronische Erkrankungen (wie z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen oder Fehlbildungen des Bewegungsapparates, immer wiederkehrende Entzündungen usw.)
Nähere Angaben:

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 der Eltern (Erziehungsberechtigten)