



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:					

Impfungen (Sollten Unsicherheiten auf den Impfstatus bestehen, ersuchen wir Sie, Ihrem Kind zur Schulärztlichen Untersuchung den Impfpass mitzugeben.)

Mein Kind hat keine Impfungen erhalten

Grundimmunisierung mit 6-fach Impfstoff (Diphtherie, Polio, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B, Haemophilus I.) zumindest 3x erfolgt?

ja nein unbekannt

Auffrischung 4-fach Impfung (Diphtherie, Polio, Tetanus, Keuchhusten) zwischen 7. Und 9. Lebensjahr erfolgt?

ja nein unbekannt

FSME (Zecken), zumindest 3x erfolgt?

ja nein Letzte Impfung im Jahr: _____

Hepatitis A

1x 2x keine Impfung

Masern, Mumps, Röteln

1x 2x keine Impfung

Varicellen (Schafblattern)

1x 2x keine Impfung

Corona

1x 2x 3x 4x

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:

Bestehen psychische Vorerkrankungen: ja nein

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)