

## 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