

ELTERNFRAGEBOGEN FÜR DEN SCHULARZT

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt –
sie sind nur für den Schularzt bestimmt. Ein vollständiges
Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Vor- und Zuname des Schülers/der Schülerin: _____

Geburtsdatum: _____ SozialversNr. _____

Vor- und Zuname der Eltern: _____

Anschrift: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Vater: ☐ ja ☐ nein Mutter: ☐ ja ☐ nein

Geburtsjahr der Geschwister: _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ☐ ja ☐ nein Mutter: ☐ ja ☐ nein

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ☐ ja ☐ nein Mutter: ☐ ja ☐ nein

Welche Infektionskrankheiten hat der Schüler/die Schülerin durchgemacht?

Masern	☐ ja ☐ nein	Mumps	☐ ja ☐ nein	Scharlach	☐ ja ☐ nein
Röteln	☐ ja ☐ nein	Windpocken	☐ ja ☐ nein	sonstige	
Keuchhusten	☐ ja ☐ nein	Gelbsucht	☐ ja ☐ nein	sonstige	

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem. **Bitte Zutreffendes unterstreichen.**

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____
Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie? ☐ nein
☐ wenn ja, welche/worauf?

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	☐ ja ☐ nein	Häufiger Kopfschmerz	☐ ja ☐ nein
Zuckerkrankheit	☐ ja ☐ nein	Sehfehler	☐ ja ☐ nein
Ohnmachtsneigung	☐ ja ☐ nein	Hörfehler	☐ ja ☐ nein
Anfallsleiden	☐ ja ☐ nein	Sprachfehler	☐ ja ☐ nein
Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)			☐ ja ☐ nein
Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen, Gewichtsverlust usw.			☐ ja ☐ nein

Unterschrift