

Gesundheits-Fragebogen

der Bundes-Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik Klagenfurt

Die Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Familiename d. Schülers(in): _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern:

Vater: ja nein Mutter: ja nein

Anzahl der Geschwister: _____

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 d. Schüler(in) durchgemacht?

Masern ja nein Mumps ja nein Scharlach ja nein

Röteln ja nein Feuchtblattern ja nein Diphtherie ja nein

Keuchhusten ja nein Gelbsucht ja nein Kinderlähmung ja nein

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: _____

Operation oder bleibende Unfallsfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde d. Schüler(in) gegen Tuberkulose (BCG-)geimpft? ja nein

Besteht im besonderen:

Asthma bronchiale ja nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergie (Ekzem; Heuschnupfen, Arzneimittel) ja nein Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellentzündung) ja nein

Zuckerkrankheit ja nein Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

Anfallsleiden ja nein Sprachfehler ja nein

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Sprachfehler: ja nein

in Behandlung ohne Behandlung

Besteht ein medizinisches Hindernis für die Teilnahme am Schwimmunterricht im Hallenbad? ja nein

Impfungen

FSME (Zeckenkrankheit): ja nein

Tetanus (Wundstarrkrampf): ja nein

Grundimmunisierung (Wann?): _____

Grundimmunisierung (Wann?): _____

Auffrischungsimpfungen (Wann?): _____

Auffrischungsimpfungen (Wann?): _____

Röteln: ja nein

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____