

Elternfragebogen *)

der Bildungsanstalt für Elementarpädagogik und Sozialpädagogik in Oberwart

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt/die Schulärztin bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem Interesse in einem **Kuvert verschlossen dem Schularzt/der Schulärztin** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes/der Schulärztin.

Familienname des Schüler/s/in: _____ Vorname(n): _____

Vers.-Nr.: _____ Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____

Name und Anschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten (entfällt für eigenberechtigte Schüler/innen/Studierende):

_____ Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern: _____ Geburtsjahr der Geschwister: _____

Vater: ja nein Mutter: ja nein _____

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 Windpocken 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: _____

Operationen oder bleibende Unfallsfolgen: _____

Regelmäßige Medikamente, wenn ja, welche? _____

Wurde d. Schüler/in / d. Studierende 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

Auffälligkeiten ja nein

(Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)

Sprachfehler ja nein

in Behandlung ohne Behandlung

*) Gilt für eigenberechtigte Schüler/innen und Studierende sinngemäß.

Impfungen:

FSME (Zeckenkrankheit): ja nein

Grundimmunisierung**):

Auffrischungsimpfungen:

Tetanus (Wundstarrkrampf): ja nein

Grundimmunisierung**):

Auffrischungsimpfungen:

Röteln: ja nein

Datum: _____

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

***) Grundimmunisierung: Erste Impfsreihe (3 Impfungen), die die Grundlage für die späteren Auffrischungsimpfungen legt.