

Elternfragebogen für die schulärztliche Untersuchung

Name des Kindes: _____
 Schule, Klasse: _____
 Telefonnr./Email d. Eltern für Rückfragen: _____
 Geschlecht: M W D

Operationen: Keine
 Mandeln Polypen
 Paukenröhrchen: links rechts
 Kiefer/Zähne Herz
 Nabelbruch Blinddarm
 Leistenbruch: links rechts
 andere: _____

Allergien: Ja Nein
 Nüsse Insektengift
 Tierhaare Gräser, Pollen
 Hausstaub
 Medikamente: _____
 andere Allergien: _____

Notfallset in der Schule: Ja Nein

Besondere Förderungen: Ja Nein
 Frühförderung IZB i. Kindergarten
 Ergotherapie Physiotherapie
 Logopädie andere: _____

Erkrankungen/Sonstiges: Keine
 Kopfschmerzen Laktoseintoleranz
 Migräne Zöliakie
 Epilepsie Asthma
 chron. Verstopfung ADS/ADHS
 Einnässen Autismus
 Diabetes Typ: _____
 Diät: _____
 Muskelerkrankung: _____
 Entwicklungsstörungen: _____

 andere Erkrankungen/Beschwerden:

Medikamente: Ja Nein
 Wenn Ja, welche?

**Müssen die Medikamente in der Schule
 verabreicht werden?** Ja Nein

Brille: Ja Nein
 Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit
 Astigmatismus Schielen
Zuletzt beim Augenarzt: _____

Zahnspange: Ja Nein
Zuletzt beim Zahnarzt: _____

Gerne kontrollieren wir im Rahmen der Untersuchung den Impfpass Ihres Kindes! 😊

Haben Sie Fragen an die Schulärztin?

 (Datum)

 (Unterschrift)