

Elternfragebogen für die schulärztliche Untersuchung

Name des Kindes: _____

Schule, Klasse: _____

Telefonnr./E-Mail-Elternteil 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 ☐ Biene/ Wespe
☐ 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: _____

Aktuell laufende Therapien:

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 ☐ geplant

Zuletzt beim Zahnarzt: _____

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



Haben Sie Fragen an die Schulärztin?

(Datum)

(Unterschrift)