

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich im Sinne der DSGVO** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

_____ Telefon: _____

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

Geburtsjahr der Geschwister: _____, _____, _____, _____, _____, _____

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

Welche Impfungen hat die Schülerin/der Schüler erhalten?

FSME (Zecken): ja nein letzte Impfung am: _____ Masern, Mumps, Röteln (2x): ja nein

Hepatitis A/B: ja nein letzte Impfung am: _____ Varizellen (2x): ja nein

Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Pertussis: ja nein letzte Impfung am: _____

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? _____

Benötigt die Schülerin/der Schüler Notfallmedikamente? ja nein

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Häufiger Kopfschmerz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insektenallergie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sehfehler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hörfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sprachfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gibt oder gab es psychologische/psychotherapeutische Betreuung (Depression, Angststörungen, ADHS,...)			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____