

Gesundheitsfragebogen

Liebe Aufnahmewerber_innen!

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

Familienname: _____

Vorname: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Sozialversicherungsnummer: _____

Name und Anschrift: _____

_____ Telefon: _____

Welche Infektionskrankheiten wurden bereits durchgemacht?

Masern: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Keuchhusten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Scharlach: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Röteln: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Windpocken (Schafblättern): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Diphtherie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mumps: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gelbsucht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sonstige: _____

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? _____

Wurde gegen Tuberkulose (BCG) geimpft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wurde gegen FSME (Zecken) geimpft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Letzte Impfung am: _____
Wurde gegen Masern geimpft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Sonstige wichtige Impfungen: _____

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, häufiges Erbrechen usw.):			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift: _____