

ELTERNFRAGEBOGEN
(Was die SCHULE wissen sollte: gesundheitliche Probleme / Risiken)

Liebe Eltern / liebe Erziehungsberechtigte!

Zu Beginn des Schuljahres werden Sie gesondert aufgefordert werden, einen Gesundheitsfragebogen für den Schularzt auszufüllen. Diese Daten unterliegen allerdings der ärztlichen Schweigepflicht des Schularztes und stehen somit den Lehrerinnen und Lehrern Ihrer Tochter / Ihres Sohnes nicht zur Verfügung. Daher bitten wir Sie hiermit, uns gesundheitliche Probleme / Risiken Ihrer Tochter / Ihres Sohnes, die die Lehrer/innen wissen sollten, mitzuteilen.)

Familienname der Schülerin/des Schülers:

Vorname: Geb. Datum:

Anschrift:

Erziehungsberechtigte/r:

Telefon:

Bestehen gesundheitliche Probleme / Risiken, wie Gelenksentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Essstörungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem. Bitte Zutreffendes unterstreichen!

Nähere Angaben:
.....

Besteht im Besonderen:

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel, Insektenallergie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sehfehler | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hörfehler | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sprachfehler | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Legasthenie (Lese-/Schreibstörung) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | Diskalkulie (Rechenschwäche) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hat oder hatte Ihre Tochter/Ihr Sohn sonderpädagogischen Förderbedarf ja nein

.....
Datum

.....
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten