

Schularzt - Fragebogen

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden strengvertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen dem Schularzt übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Familiename:				
Vorname:			Geburtsdatum:	
Adresse:				
Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? **	Masern <input type="checkbox"/>	Röteln <input type="checkbox"/>	Keuchhusten <input type="checkbox"/>	Mumps <input type="checkbox"/>
	Feuchtblattern <input type="checkbox"/>	Gelbsucht <input type="checkbox"/>	Scharlach <input type="checkbox"/>	Diphtherie <input type="checkbox"/>
Impfungen Masern	1. Impfung Datum:		2. Impfung Datum:	
Feuchtblattern/Windpocken/Varicellen	Impfdatum:			
Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwege, Haut, Nervensystem. Bitte Zutreffendes unterstreichen. Nähere Angaben:				
Operationen oder bleibende Unfallfolgen :				
Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Wenn ja, welche?				
Besteht im Besonderen : **	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Sprachfehler		
<input type="checkbox"/> Allergie wenn Ja welche?	<input type="checkbox"/> Bienenallergie	<input type="checkbox"/> Wespenallergie		
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden		
<input type="checkbox"/> Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Chron. Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Sehfehler		
<input type="checkbox"/> Hörfehler	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

** Zutreffendes bitte ankreuzen

Datum :

Unterschrift: