

Gesundheitsbogen

Diese Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und bei der Schuluntersuchung an den Schularzt übermittelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Familienname des Schülers(in): _____ Vorname: _____

SV-Nr.: _____ Versicherungsanstalt: _____

Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler(in) durchgemacht?

Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Feuchtblattern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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? _____

Wurde der Schüler(in) gegen Diphtherie, Tetanus geimpft? ja Datum: nein

FSME (Zecken)Impfung ja Datum: nein

Besteht im besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufig Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(Trommelfellverletzung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sehfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Auffälligkeiten

(Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel, Lebensmittel) ja nein

Sonstige Mitteilungen: _____

In der gesetzlichen Krankenversicherung selbst versichert bzw. mitversichert bei: _____

Datum:

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):