

## Fragebogen Schularzt - KOLLEG

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen im Sekretariat abgegeben werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit unserer Schularztin.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

|             |   |           |   |               |   |
|-------------|---|-----------|---|---------------|---|
| Masern      | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Mumps     | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Scharlach     | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Windpocken  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Röteln    | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Diphtherie    | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Keuchhusten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Gelbsucht | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Kinderlähmung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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: \_\_\_\_\_; bleibende Unfallfolgen: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Besteht im Besonderen:

|                                |   |                                |   |
|--------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Asthma bronchiale              | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Häufiger Kopfschmerz:          | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Allergie (Ekzem, Heuschnupfen) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Chronische Mittelohrentzündung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Arzneimittel)                  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | (Trommelfellverletzung)        | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Zuckerkrankheit                | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sehfehler                      | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Ohnmachtneigung                | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Hörfehler                      | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden                  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                                |   |

Besondere Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, häufiges Erbrechen usw.)  ja  nein

Sprachfehler:  ja  nein  
 in Behandlung  ohne Behandlung

**Alle Impfkarten (auch Zeckenschutzimpfkarte) sind in Kopie beizulegen.**

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift