

Kindergartenstempel	Familienname des Kindes	Vorname
	Geboren am	Staatsangehörigkeit

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten (eventuell in einem Kuvert verschlossen) der Schulärztin/dem Schularzt übermittelt werden.

Information zur DSGVO: <https://www.klagenfurt.at/leben-in-klagenfurt/gesundheit/schulgesundheits.html> .

MUTTER des Kindes

NAME:

Adresse:

VATER des Kindes

NAME:

Adresse:

Risikoschwangerschaft oder Risikogeburt:

Geburtsgewicht: Gramm, Geburtslänge:cm

Wer hat das Kind bisher betreut (Eltern, Großeltern, Tagesmutter, usw.)

Anzahl der Geschwister: ja (und deren Alter): keine

Welche Infektionskrankheiten hat das Kind durchgemacht (z.B., Masern, Schafblattern, Gehirnhautentzündung)?

.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ja nein Sprachfehler ja nein

Sehfehler ja nein Anfallsleiden, Epilepsie ja nein

Hörfehler ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel) ja nein

Häufige Mittelohrentzündungen ja nein

Sonstige Auffälligkeiten

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

Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes oder der Kinderfachärztin/Kinderfacharztes:

.....

FSME (durch Zecken übertragene FRÜHSOMMERMENINGOENZEPHALITIS) geimpft? ja nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Kärnten als Risikogebiet gilt und nur die Impfung vor dieser Krankheit schützt.

Datum: Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):