

Familienname	Vorname	Schule/Schulklasse
Wohnadresse		Geb. am

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 nachzulesen unter:

Homepage Klagenfurt a. W. → Stadtservice → Gesundheit → Schulgesundheit

Name der Eltern (Erziehungsberechtigten): .....

Telefon: .....

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin, der Schüler durchgemacht (z.B., Masern, Schafblattern, Gehirnhautentzündung, .....)?

.....

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lungen, Nieren, Harnwegen, Haut, Nervensystem.

**Bitte Zutreffendes unterstreichen.** Nähere Angaben: .....

.....

Krankenhausaufenthalte, Knochenbrüche, Operationen od. bleibende Unfallsfolgen: .....

.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? .....

.....

**Besteht im Besonderen:**

- |                                                                                                            |                             |                               |                      |                             |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma bronchiale                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Häufiger Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes mellitus                                                                                          | <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 |
| Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel)                                                               |                             |                               |                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Häufige Mittelohrentzündungen                                                                              |                             |                               |                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige Auffälligkeiten<br>(Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) |                             |                               |                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Impfkarte bitte zur Durchsicht bei der Untersuchung mitbringen.**

Datum: ..... Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): .....