

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: <https://www.klagenfurt.at/leben-in-klagenfurt/gesundheits/schulgesundheits.html>

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 |

Kindergartenbesuch:  ja, welcher Kindergarten: .....  nein

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.

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

.....

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