

ELTERNFRAGEBOGEN

ANGABEN ZUM KIND:

Name

Vorname

Geb.-Datum Soz.-Vers.

Geschlecht männlich weiblich divers

Adresse

PLZ, Ort

Schule/Klasse

ANGABEN ZU DEN ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:

Name

Vorname

Tel.-Nr.

WELCHE FRÜHEREN ERKRANKUNGEN HAT IHR KIND DURCHGEMACHT? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schafblattern/Windpocken	Gehirnhautentzündung
Keuchhusten	Erkrankungen der Nieren und Harnwege
Masern	Herzkrankungen
Häufige Mittelohrentzündungen	Lungenerkrankungen
Häufige Halsentzündungen	Sonstige:

HATTE IHR KIND SCHON EINMAL EINE OPERATION ODER EINEN KRANKENHAUSAUFENTHALT? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Zahnoperation	Herzoperation:
Paukenröhrchen/Trommelfellschnitt	Blinddarm- oder
Mandelopoperation	andere Darmoperation:
Polypenoperation	Knochenbruch:
Nabelbruchoperation	Augenoperation:
Leistenbruchoperation	Sonstige:

HAT IHR KIND EINE CHRONISCHE ERKRANKUNG ODER BEEINTRÄCHTIGUNG? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anfallsleiden/Epilepsie	Lese-/Rechtschreibschwäche
Diabetes mellitus	Sprachentwicklungsstörung/Artikulationsstörung
Asthma bronchiale	Neurodermitis oder andere
Zöliakie	Hauterkrankungen:
ADHS	Herzfehler:
Autismus-Spektrum-Störung	Nieren-/Harnwegserkrankungen:
Depression/Angst-/Anpassungsstörung	Angeborene Fehlbildungen:
Essstörung	Sonstige:
Sehbeeinträchtigung	
Hörbeeinträchtigung	

Bitte wenden!



GIBT ES SONSTIGE AUFFÄLLIGKEITEN? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Häufige Kopfschmerzen/Migräne
Verstärktes Schnarchen
Schlafstörungen
Bettnässen
Einkoten
Verstopfung (Obstipation)

Kollapsneigung
Häufige Übelkeit/Erbrechen
Häufige Bauchschmerzen
Starke Regelschmerzen
Sonstige:

IST IHR KIND IN REGELMÄSSIGER BEHANDLUNG/THERAPIE? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Logotherapie
Ergotherapie
Physiotherapie

Psychologische/psychiatrische Therapie
Sonstige:

HAT IHR KIND ALLERGIEN UND /ODER UNVERTRÄGLICHKEITEN? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bienenallergie
Wespenallergie
Tierhaarallergie
Pollen-/Gräserallergie
Hausstaubmilbenallergie

Medikamentenallergie:
.....
Nahrungsmittelallergie:
.....
Sonstige:
.....

HAT IHR KIND EIN NOTFALLSET IN DER SCHULE? (besonders wichtig und verpflichtend mitzuteilen)

Ja

Nein

Wenn ja, welches Notfallset?

.....

NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

.....

**WANN WAR DIE LETZTE
ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG?**

**WANN WAR DIE LETZTE
AUGENÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG?**

GIBT ES NOCH ETWAS, WAS SIE DER SCHULÄRZTIN/DEM SCHULARZT MITTEILEN MÖCHTEN?

.....
.....

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie Ihrem Kind den IMPFPASS zur Durchsicht und Beratung mit.



Die Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 DSGVO finden Sie unter:
www.klagenfurt.at | Stadtservice | Gesundheit | Schulgesundheit | Downloads | Datenschutzerklärung
über den QR-Code oder auf Wunsch in Papierform erhältlich.