E l t e r n f r a g e b o g e n

Die Angaben sind für den Schularzt bestimmt, um die Untersuchung Ihres Kindes zu erleichtern. Sie werden streng vertraulich behandelt. **Bitte Zutreffendes ankreuzen.**

Familienname des Kindes:_____ Vorname:_____

Geb.Datum:_____ Anschrift:_____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):_____

_____ Telefon:_____

Beruf des Vaters:_____ Geburtsjahr der Geschwister:

Beruf der Mutter:_____ _____ _____ _____ _____

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

Sind die Eltern übergewichtig? Vater o ja o nein Mutter o ja o nein

Welche Infektionskrankheiten hat das Kind durchgemacht?

Masern	o ja	o nein	Scharlach	o ja	o nein
Röteln	o ja	o nein	Diphterie	o ja	o nein
Keuchhusten	o ja	o nein	Kinderlähmung	o ja	o nein
Mumps	o ja	o nein	Gelbsucht	o ja	o nein

Welche anderen Krankheiten hat das Kind durchgemacht?

Erkrankungen der Nieren	o ja	o nein
Erkrankungen der ableitenden Harnwege	o ja	o nein
Akute Gelenksentzündungen	o ja	o nein
Häufige Anginen	o ja	o nein

Sonstige schwere Erkrankungen oder Operationen_____

Wurde das Kind gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft? o ja o nein

Leidet das Kind an:

Astma bronchiale_____	o ja	o nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen,Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe)_____	o ja	o nein
Zuckerkrankheit_____	o ja	o nein

Ohnmachten_____	o ja	o nein	Kopfschmerzen_____	o ja	o nein
Anfallsleiden_____	o ja	o nein	Schlaflosigkeit_____	o ja	o nein
Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)				o ja	o nein

Schnarcht das Kind auffällig?	o ja	o nein	Sehfehler	o ja	o nein	Hörfehler	o ja o nein
Sprachfehler	o ja	o nein	Bettnässer	o ja	o nein	Nägelbeißer	o ja o nein
			Kann das Kind schwimmen?	o ja	o nein	Linkshänder	o ja o nein

Bestell-Nr. 74, Elternfragebogen
Naturwissenschaftliche VerlagsGesmbH, Salzburg