

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____

Vorname _____

Geschlecht: weiblich männlichGeburtsdatum: _____
TT.MM.JJJJ

Versichert bei (zB ÖGK, BVAEB, etc.): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Mutter: ja nein Vater: ja nein

Geburtsjahr der Geschwister: _____

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

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Windpocken (Feucht-/Schafblättern) ja neinScharlach ja nein

Sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? Bitte zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ja nein
welche: _____Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein

Letzte Impfung am: _____

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt? ja nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja nein Häufiger Kopfschmerz ja neinAllergie (Ekzem, Heuschnupfen, ja nein Chronische Mittelohrentzündung ja nein
Arzneimittel-/Insektenallergie)Zuckerkrankheit ja nein Sehfehler ja neinOhnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja neinAnfallsleiden ja nein Sprachfehler ja neinAuffälligkeiten (Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe) ja nein

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Datum _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten) _____