

# Angaben zur schulärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

## Vertraulich! (Nur für den Kinder- und Jugendarzt Ihres Gesundheitsamtes)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name, Vorname des Kindes	Geb.-Datum <input type="text"/>
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten	Telefon
Name und Anschrift der Schule	

### 1. Allgemeine Fragen:

Welche Muttersprache spricht ihr Kind? \_\_\_\_\_

### 2. Rund um die Geburt

Schwangerschaftsverlauf	Geburtsverlauf
<input type="radio"/> <sub>1</sub> normal	<input type="radio"/> <sub>1</sub> regelrecht
<input type="radio"/> <sub>2</sub> mit Komplikationen	<input type="radio"/> <sub>2</sub> mit Komplikationen
<input type="radio"/> <sub>3</sub> unbekannt	<input type="radio"/> <sub>3</sub> unbekannt

### 3. Entwicklung des Kindes

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?  ja  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?  **keine**

ja, nämlich:

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Sehstörungen       | <input type="checkbox"/> andere    |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen          | <input type="checkbox"/> häufiges Hinfallen | <input type="checkbox"/> unbekannt |

### 4. Andere Erkrankungen des Kindes

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?  **nein**

ja, nämlich:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung               |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                               | <input type="checkbox"/> Windpocken                       |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis                                   | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen                 |
| <input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung                 | <input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)           | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe                    |
|  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                      |

andere (wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_

### 5. Fragen zu Unfällen

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste?

ja  nein  unbekannt

→ wenn ja, welche Verletzung? \_\_\_\_\_

→ Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden?

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

### 6. Wurde Ihr/e Sohn/Tochter im Krankenhaus stationär behandelt?

**keine Krankenhausbehandlung**

wegen

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> eines Unfalls                             |
| <input type="checkbox"/> Krankheit, welche? _____                  |
| <input type="checkbox"/> einer Operation _____ wann, welche? _____ |

### 7. Nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten