

Volksschule Deutschlandsberg
Gesundheits – Fragebogen

Diese Angaben sind nur für die Schulärztin bestimmt, um die Erstuntersuchung zu erleichtern. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Familien- und Vorname des Schulkindes: _____

Besteht bei Ihrem Kind eine angeborene Fehlbildung?

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:

War Ihr Kind innerhalb des letzten Jahres in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, bitte Angaben dazu:

War Ihr Kind innerhalb des letzten Jahres in längerer ärztlicher Behandlung?

ja nein

Besteht im Besonderen:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Asthma bronchiale | <input type="radio"/> häufiger Kopfschmerz |
| <input type="radio"/> Allergie – welche? | <input type="radio"/> chron. Mittelohrentzündung |
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Sehfehler |
| <input type="radio"/> Ohnmachtsneigung | <input type="radio"/> Hörfehler |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden | <input type="radio"/> Sprachfehler |
| <input type="radio"/> Sonstige Beschwerden | |

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____