

Schuleinschreibung

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?

War Ihr Kind innerhalb der letzten Jahre in längerer ärztlicher Behandlung?

- ja nein

Wenn ja, bitte Angaben dazu: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:

Besteht im Besonderen

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Asthma bronchiale | <input type="radio"/> häufiger Kopfschmerz |
| <input type="radio"/> Allergien: _____ | <input type="radio"/> chron. Mittelohrentzündung |
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Sehbehinderung |
| <input type="radio"/> Ohnmachtsneigung | <input type="radio"/> Hörbehinderung |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden | <input type="radio"/> Sprachfehler |
| <input type="radio"/> Sonstige Beschwerden: | |

Deutschlandsberg, am _____

Schuljahr: 20____ / _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____