

Familienname	Vorname	Schule/Schulklasse
Wohnadresse		Versicherungsnummer u. Geburtsdatum

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten (eventuell in einem Kuvert verschlossen) der Schulärztin/dem Schularzt übermittelt werden.

Information zur DSGVO nachzulesen unter:

Homepage Klagenfurt a. W. → Stadtservice → Gesundheit → Schulgesundheit

Name der Eltern (Erziehungsberechtigten):

Telefon:

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin, der Schüler durchgemacht (z.B., Masern, Schafblattern, Gehirnhautentzündung,)?

.....

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lungen, Nieren, Harnwegen, Haut, Nervensystem.

Bitte Zutreffendes unterstreichen. Nähere Angaben:

.....

.....

Krankenhausaufenthalte, Knochenbrüche, Operationen od. bleibende Unfallsfolgen:

.....

.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

.....

Besteht im Besonderen:

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Häufiger Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Sehfehler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hörfehler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Sprachfehler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel) | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Häufige Mittelohrentzündungen | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige Auffälligkeiten | | | | | |
| (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Impfpass bitte zur Durchsicht bei der Untersuchung mitbringen.

Datum: Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):