

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): .....