

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlichGeburtsdatum: \_\_\_\_\_  
TT.MM.JJJJ

Versichert bei (zB ÖGK, BVAEB, etc.): \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit der Eltern: Mutter:  ja  nein Vater:  ja  nein

Geburtsjahr der Geschwister: \_\_\_\_\_

Sind die Eltern zuckerkrank? Mutter:  ja  nein Vater:  ja  nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Windpocken (Feucht-/Schafblättern)  ja  neinScharlach  ja  nein

Sonstige: \_\_\_\_\_

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? Bitte zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben: \_\_\_\_\_

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:  ja  nein  
welche: \_\_\_\_\_Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft?  ja  nein

Letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt?  ja  nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale  ja  nein Häufiger Kopfschmerz  ja  neinAllergie (Ekzem, Heuschnupfen,  ja  nein Chronische Mittelohrentzündung  ja  nein  
Arzneimittel-/Insektenallergie) (Trommelfellverletzung)Zuckerkrankheit  ja  nein Sehfehler  ja  neinOhnmachtsneigung  ja  nein Hörfehler  ja  neinAnfallsleiden  ja  nein Sprachfehler  ja  neinAuffälligkeiten (Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe)  ja  nein

Sonstige Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten) \_\_\_\_\_