

ELTERNFRAGEBOGEN

Vorname Schüler*in: _____

Familienname Schüler*in: _____

Geburtsdatum Schüler*in: _____

Mein Kind leidet an einer chronischen Erkrankung:

(z.B. Herzerkrankung, Diabetes, Epilepsie, Asthma bronchiale, Migräne, Neurodermitis, etc.)

Ja Nein

Wenn ja, an welcher? _____

Besteht im Besonderen:

*Sehstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	*Brille: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
*Schielen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
*Hörstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
*Sprach-/Sprechstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
*Fußfehlstellung (Plattfuß, Senkfuß, etc.)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	*Orthopädische Einlagen: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
*Skoliose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
*ADHS	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
*Autismus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
*Wachstumsstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen:

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bei meinem Kind sind Allergien bekannt:

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Notfallmedikamente notwendig?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bei meinem Kind wurde bereits eine Operation durchgeführt:

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Auffälligkeiten/Komplikationen während der Schwangerschaft bzw. Geburt:

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bei meinem Kind gibt/gab es Entwicklungsverzögerungen:

Ja Nein

Wenn ja, welche? (Motorik, Sprache, etc.)

Mein Kind steht/stand in regelmäßiger (medizinischer) Behandlung:

*Logopädie Ja Nein

*Physiotherapie Ja Nein

*Ergotherapie Ja Nein

*Psychologie Ja Nein

*Orthopädie Ja Nein

*Sonstiges: _____

Relevante Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, etc.):

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Erhebung dieser Daten einverstanden und erlaube eine Weitergabe dieser Informationen an die Schulärztin.

Datum

Unterschrift der*des Erziehungsberechtigten