



Liebe Eltern!

Als Schulärztin/ Schularzt ist mir die Gesundheit und das Wohlbefinden Ihres Kindes ein wichtiges Anliegen. Ich führe die jährlichen Untersuchung Ihres Kindes durch, begleite Ihr Kind an der Schule bei akuten und chronischen Erkrankungen und stehe bei gesundheitlichen Fragen gerne zur Verfügung.

Der Elternfragebogen liefert wichtige Informationen für die Untersuchung und weitere Betreuung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie den Elternfragebogen vollständig aus. **Geben Sie den Fragebogen in einem verschlossenen Kuvert bei der Anmeldung ab.** Der Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und der Inhalt wird nicht an die Schulleitung oder Lehrpersonal weitergegeben.

Im Rahmen der jährlichen schulärztlichen Untersuchung findet ein Gespräch mit Ihrem Kind statt. Im Anschluss daran erfolgen die eigentliche Untersuchung und ggf. ein beratendes Gespräch zur individuellen gesundheitlichen Situation. Neben der Feststellung des Gewichts und der Körpergröße werden beispielsweise Augen und Sehkraft, Hals-Nasen-Ohrenbereich, Zähne und Gebiss, Haut, Haare und Nägel, Lunge, Bauch, Wirbelsäule/ Brustkorb oder Motorik untersucht. Eine Untersuchung des Genitalbereichs ist keine schulärztliche Tätigkeit. Schulärztinnen/-ärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die Ergebnisse der Untersuchung werden unter Wahrung des Datenschutzes, ggf. auch elektronisch, festgehalten. Bei Bedarf kann ein Auszug der Untersuchungsergebnisse für Ihr Kind erstellt werden. Bei Auffälligkeiten werden Sie informiert.

Bitte geben Sie Ihrem Kind den Impfpass zur Untersuchung mit. Es ist ein kostenloser Service, um Sie hinsichtlich des aktuellen Impfstatus zu beraten. Impfungen selbst sind kein Bestandteil der Schuluntersuchung. Sollten Sie Fragen zur jährlichen schulärztlichen Untersuchung sowie zu meiner Tätigkeit als Schulärztin / Schularzt haben oder sich Sorgen um die körperliche Gesundheit oder das psychische Wohlbefinden Ihres Kindes machen, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf.

Vielen Dank!

Ihre Schulärztin/Ihr Schularzt

Name

Dr. Elisabeth Geier

Telefonnummer

0732/770301/110

E-Mail-Adresse

med@litec.ac.at

Anwesend  
an der Schule

Mo, Di, Do.: 08:00 bis 12:00 Uhr; Fr: 08:00 bis 11:30 Uhr

# Elternfragebogen

## Angaben zu Ihrem Kind

Schulklasse	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	Ausfülldatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>

## Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

## Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

## Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Deutsch  Sonstige:

## Gibt es körperliche oder psychische familiäre Erkrankungen (Eltern und Geschwister)? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

ja  nein

Wenn ja, welche:

## Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Masern  Mumps  Röteln  Keuchhusten  
 Windpocken (Schafblättern)  Hepatitis  Tuberkulose  
 Sonstige:

## Hat Ihr Kind Allergien und/oder Unverträglichkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Biene  Wespe  Medikamente  Nahrungsmittel  Tiere  
 Pollen  Chlor  Nickel  Hausstaubmilbe  
 Sonstige:

Hat Ihr Kind ein Notfallset? (Besonders wichtig und verpflichtend mitzuteilen)

ja

nein

Wenn ja, welches Notfallset?

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder Beeinträchtigung? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS                                | <input type="checkbox"/> Lese-/Rechtschreibschwäche                     | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie               | <input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrums-Störung          | <input type="checkbox"/> Rechenschwäche                                 | <input type="checkbox"/> Asthma                                | <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung            |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angst-/Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung/Artikulationsstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                     | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung            |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                          |   | <input type="checkbox"/> Herzfehler                            | <input type="checkbox"/> chronisches Ekzem              |
|  |   | <input type="checkbox"/> Zöliakie                              |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose                     |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung |   |

Sonstige:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Gibt es Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen bereiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Körperliche Beschwerden:**

- Kollapsneigung
- Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen
- Übelkeit/Erbrechen
- starke Regelschmerzen
- Schlafstörungen
- Schnarchen/Atempausen

**Auffälligkeiten:**

- soziale Isolation/Rückzug/Schulverweigerung/Tics
- Aggressivität/Wutausbrüche
- Stimmungsschwankungen
- Bettnässen/Einkoten

**Suchtproblematiken:**

- exzessiver Medienkonsum
- Alkohol/Drogen

Sonstige:

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Operation? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schielkorrektur                   | <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte      | <input type="checkbox"/> Bruch (Nabel/Leiste) |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> Herz                            | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule          |
| <input type="checkbox"/> Mandeln/Polypen                   | <input type="checkbox"/> Darm (Blinddarm/andere Darm-OP) | <input type="checkbox"/> Klumpfüße            |

Sonstige:

Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung? (Jahr)

Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung? (Jahr)

Gibt es noch etwas, was Sie mir mitteilen möchten?