

ANHANG 6

Fragebogen über den Gesundheitszustand bei Kindern (bis 4. Klasse)

Falls die individualmedizinische Untersuchung durch die Schulärztin/den Schularzt durchgeführt wird, soll ihm der Fragebogen über den Gesundheitszustand des Kindes anamnestische Angaben liefern.

Gemeinde _____ Schulärztliche Vorsorgeuntersuchung

Fragebogen über den Gesundheitszustand

Sehr geehrte Eltern

Auf Ihren Wunsch hin wird die Schulärztin/der Schularzt den Gesundheitszustand Ihres Kindes in ihrer/seiner Praxis überprüfen. Die ärztliche Vorsorgeuntersuchung ist am vorgesehen. Sie sollen der ärztlichen Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes bis zur 4. Klasse beiwohnen.

Zur ärztlichen Vorsorgeuntersuchung sind mitzubringen:

- dieser vollständig ausgefüllte **Fragebogen** über den Gesundheitszustand
- eine eventuell vorhandene **Brille** und **Brillenrezept**
- der **Impfpass bzw. das Gesundheitsbüchlein**
- die **schriftliche Einwilligung** auf den entsprechenden Formularen zur Durchführung der nötigen freiwilligen Impfungen, falls Sie das Kind zur ärztlichen Vorsorgeuntersuchung nicht begleiten.

Neben der eigentlichen ärztlichen Untersuchung kann die Schulärztin/der Schularzt bei jeder ärztlichen Vorsorgeuntersuchung auf Wunsch und mit dem Einverständnis der Eltern weitere körperliche Untersuchungen durchführen oder bei Problemen beraten.

Für die weiteren körperlichen Untersuchungen ist durch die Eltern die nachstehende Ermächtigung mit Unterschrift zu erteilen. Die Ermächtigung ist am Tag der ärztlichen Untersuchung der Schulärztin/dem Schularzt abzugeben.

Ermächtigung der Eltern, die bei der ärztlichen Untersuchung nicht anwesend sind:
Sollte die Schulärztin/der Schularzt aufgrund dieses Fragebogens oder der Untersuchung weitere körperliche Untersuchungen als notwendig erachten, sind wir damit einverstanden.

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Name/Vorname der Eltern: _____ Tel. Nr. _____

Beruf der Eltern: _____

Anzahl Geschwister: Brüder: _____ Schwestern: _____

1. Angaben über die Entwicklung und frühere Krankheiten

Folgende Angaben sind nur zu beantworten, wenn sie nicht anlässlich einer früheren schulärztlichen Untersuchung schon einmal ausgefüllt wurden und seitdem keine Änderungen aufgetreten sind.

In welchem Alter konnte Ihr Kind frei gehen? _____ sprechen? _____

Früher durchgemachte Krankheiten:

Masern	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	in welchem Alter? _____
Mumps (Ohrenmüggeli)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	in welchem Alter? _____
Röteln	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	in welchem Alter? _____
Windpocken (spitze Blattern)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	in welchem Alter? _____
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	in welchem Alter? _____
Scharlach	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	in welchem Alter? _____

Bestehen chronische Krankheiten? (welche? seit wann?)

—

—

Bestehen Unfallfolgen? (welche? seit wann?)

—

—

2. Angaben über den jetzigen Gesundheitszustand

Bestehen folgende Probleme oder Beschwerden? (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	Sprachstörungen
<input type="checkbox"/>	Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/>	Asthma/Lungenleiden	<input type="checkbox"/>	Herz-/Kreislaufleiden	<input type="checkbox"/>	Bauchleiden
<input type="checkbox"/>	Gewichtsprobleme	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Nervosität
<input type="checkbox"/>	Hautleiden	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	Bettnässen

Bestehen andere Probleme? Wenn ja, welche: _____

—

—

Besteht zur Zeit eine ärztliche Behandlung? Wenn ja, weshalb? Bei wem? _____

—

—