

## Elternfragebogen

### Liebe Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte!

Ihre Angaben über den Gesundheitszustand Ihrer Tochter / Ihres Sohnes geben uns eine Information, mit der wir sehr sensibel umgehen. Doch ist es aufgrund der verschiedenen Praktika in Familien und / oder Sozialeinrichtungen, bzw. in Unterrichtsgegenständen wie z.B. „Bewegung und Sport“ wichtig, Grundinformationen im Zusammenhang mit der körperlichen Eignung Ihrer Tochter / Ihres Sohnes zu haben, um im Bedarfsfall darauf Rücksicht zu nehmen.

Familienname d. Schülers(in): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Hatte Ihre Tochter / Ihr Sohn Infektionskrankheiten, die im gesundheitlichen Wohlbefinden heute noch Auswirkungen haben?  ja  nein

Wenn ja, ist es notwendig, dass im Praxis- oder Theoriebereich darauf Rücksicht genommen werden muss?

\_\_\_\_\_

Bestand oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, Erkrankungen an Herz – Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem. Bitte Zutreffendes unterstreichen.

Anmerkungen dazu: \_\_\_\_\_

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

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:  ja  nein

Wurde d. Schüler(in) gegen FSME (Zecken) geimpft?  ja  nein

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel, Insekten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<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

Auffälligkeiten wie z. B. Schlaflosigkeiten, häufiges Erbrechen usw.  ja  nein

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen!