

Fragebogen über den Gesundheitszustand (2. Kindergartenjahr und 4. Schuljahr der Primarstufe)

Sehr geehrte Eltern

Demnächst findet die obligatorische schulärztliche Untersuchung durch die Schulärztin/ den Schularzt statt.

Ihr Kind wird davon dispensiert, wenn eine Bestätigung Ihrer Hausärztin/Ihres Hausarztes vorliegt, wonach diese Untersuchung bereits durchgeführt wurde oder dafür ein Termin geplant ist. Eine solche Bestätigung sollte **eine Woche vor der schulärztlichen Untersuchung** bei der Schulärztin/beim Schularzt vorliegen. **Falls am Tag der schulärztlichen Untersuchung keine Bestätigung vorliegt, wird die Schulärztin/der Schularzt die obligatorische Untersuchung vornehmen.**

Bei Kindergartenkindern ist die Anwesenheit eines Elternteils wichtig und erwünscht, auch im 4. Schuljahr der Primarstufe ist die Begleitung durch einen Elternteil willkommen.

Zur Untersuchung sind mitzubringen:

- der vollständig ausgefüllte **Fragebogen** über den Gesundheitszustand in einem verschlossenen Briefumschlag
- eine eventuell vorhandene **Brille**
- der **Impfausweis**
- die **schriftliche Einwilligung** auf dem entsprechenden Formular „Empfohlene Impfungen“ und der Krankenkassenausweis, falls nötige freiwillige Impfungen gleich durchgeführt werden.

Anlässlich der obligatorischen schulärztlichen Untersuchung kann die Schulärztin/der Schularzt auf Wunsch und mit Einwilligung der Eltern weitere körperliche Untersuchungen durchführen oder bei Problemen beraten. Für diese zusätzlichen Untersuchungen müssen die Eltern ihre Einwilligung mit der Unterschrift auf diesem Formular bestätigen. Die Einwilligung ist am Tag der schulärztlichen Untersuchung der Schulärztin/dem Schularzt abzugeben.

Einwilligung der Eltern für weitere Untersuchungen:

Als Eltern wünschen wir, dass die Schulärztin/der Schularzt weitere körperliche Untersuchungen durchführt und geben hiermit unsere Einwilligung.

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern:

Bitte wenden!

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

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

Höchste abgeschlossene Ausbildung

	Vater	Mutter
Obligatorische Schule (Real-, Sekundar-, Orientierungsschule, Sonderschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufslehre, Berufsmatura, Matura, Fachmittelschule (Sekundarstufe II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhere Fachschule, Fachhochschule, Universität, Doktorat (Tertiärstufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuell ausgeübter Beruf des Vaters: _____

Aktuell ausgeübter Beruf der Mutter: _____

Geburtsjahr Geschwister: Brüder: _____ Schwestern: _____

1. Angaben über Entwicklung und frühere Krankheiten

Folgende Fragen sind nur zu beantworten, wenn sie nicht schon bei einer früheren Untersuchung ausgefüllt wurden *oder* falls Änderungen aufgetreten sind.

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

Gingen Sie mit Ihrem Kind in den letzten 2 Jahren zur Kinderärztin/zum Kinderarzt für die Vorsorgeuntersuchungen? nein ja

Früher durchgemachte Krankheiten:

gehäufte Mittelohrentzündungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
gehäufte Angina	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Masern	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	In welchem Alter? _____
Mumps (Ohremüggeli)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	In welchem Alter? _____
Röteln	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	In welchem Alter? _____
Windpocken (spitze Blattern)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	In welchem Alter? _____
Keuchhusten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	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"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufleiden	<input type="checkbox"/> Nervosität
<input type="checkbox"/> Asthma/Lungenleiden	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Wutausbrüche
<input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Ängste
<input type="checkbox"/> Hautleiden	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Eifersuchtsprobleme
<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Bettnässen

Bestehen andere Probleme oder Beschwerden? Wenn ja, welche:

Wird zurzeit eine ärztliche Behandlung durchgeführt? Wenn ja, weshalb? Bei wem?
