

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. **Der genaue Termin für Ihr Kind finden Sie auf dem Couvert.**

Bitte geben Sie der Klassenlehrperson bis am 20.10.2023 folgende Unterlagen ab (im Couvert):

- der vollständig ausgefüllte **Fragebogen** über den Gesundheitszustand ihres Kindes **inkl. Impfausweis** in einem verschlossenen Briefumschlag

Zur Untersuchung sind mitzubringen:

- eine eventuell vorhandene **Brille** oder der letzte **Sehtest** des Optikers / Augenarzt

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

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)	•	•
Berufslehre, Berufsmatura, Matura, Fachmittelschule (Sekundarstufe II)	•	•
Höhere Fachschule, Fachhochschule, Universität, Doktorat (Tertiärstufe)	•	•

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 • ja •
gehäufte Angina nein • ja •

Masern nein • ja • In welchem Alter? _____

Mumps (Ohremüggeli) nein • ja • In welchem Alter? _____

Röteln nein • ja • In welchem Alter? _____

Windpocken (spitze Blattern) nein • ja • In welchem Alter? _____

Keuchhusten nein • 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)

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------|--------------|
| • Sehstörungen | • Rückenschmerzen | • Bauchschmerzen | • Bettnässen |
| • Bewegungsstörungen | • Herz- und Kreislaufleiden | • Nervosität | • Ängste |
| • Asthma/Lungenleiden | • Schlafstörungen | • Wutausbrüche | • Allergien |
| • Gewichtsprobleme | • Eifersuchtsprobleme | • Gelenkschmerzen | • Hautleiden |
| • Hörstörungen | • Sprachstörungen | | |

Bestehen andere Probleme oder Beschwerden? Wenn ja, welche:

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

