

Schuluntersuchung

Elterninformationsblatt

Liebe Eltern, die Gesundheit Ihres Kindes ist uns wichtig!

Während der Schulzeit sieht das Gesetz die Untersuchung aller Kinder durch eine Schulärztin oder einen Schularzt vor. Dadurch können Auffälligkeiten, die sich zum Beispiel im Rahmen der Entwicklung ergeben, angesprochen und gegebenenfalls weiter abgeklärt werden.

Bitte unterstützen Sie diese Aufgabe, indem Sie den Elternfragebogen zu Vorerkrankungen Ihres Kindes auf der Rückseite ausfüllen. Sollte sich bei der Untersuchung etwas ergeben, bringt Ihr Kind eine Mitteilungskarte nach Hause. Auf dieser steht, welche Ärztin oder welcher Arzt Ihrer Wahl zur weiteren Abklärung empfohlen wird. Zudem ist dort der Grund der Empfehlung angegeben.

Wichtig

Die Mitteilungskarte soll unbedingt nach der Untersuchung ausgefüllt wieder in der Schule abgegeben werden, da sonst die Schulärztin oder der Schularzt keine Informationen zur durchgeführten Abklärung erhält.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Ihr Team der aks gesundheit

Schuluntersuchung

Elternfragebogen

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wohnort _____

Schule _____ Schulort _____

1. Welche Krankheiten hat das Kind durchgemacht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SC Scharlach | <input type="checkbox"/> Bro Häufige Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Per Keuchhusten | <input type="checkbox"/> En Chron |
| <input type="checkbox"/> Ik Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Neph Nierenentzündung |
| <input type="checkbox"/> A Angina | <input type="checkbox"/> Pyel Nierenbecken- und Blasenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Rh Gelenkrheumatismus | <input type="checkbox"/> Perit Bauchfellentzündung |
| <input type="checkbox"/> Cor Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Ot Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Var Schafblattern Varizellen | <input type="checkbox"/> Derm Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Asth Asthma | <input type="checkbox"/> Son Sonstige (bitte angeben) |
| <input type="checkbox"/> Pneu Lungenentzündung | _____ |

2. Woran leidet das Kind (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Sehfehler |
| <input type="checkbox"/> Häufige Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Hörfehler |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit / Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sprachfehler |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Nervenstörungen | <input type="checkbox"/> Allergie (bitte angeben) |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen oder Einkoten | _____ |

3. Hatte das Kind einen schweren Unfall? Wenn ja, welchen?

4. Welche Operationen wurden beim Kind durchgeführt (z. B. Rachenmandelentfernung)?

5. Wurde das Kind im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung ärztlich untersucht?

- Ja Nein