



Fragebogen

zur schulärztlichen Untersuchung vor Schuleintritt

Name/Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Adresse/Wohnort

Telefon-Nummer

Haus-und/oder Kinderarzt/-ärztin

Anzahl Geschwister

Angaben über die Entwicklung

Geburtsgewicht Gramm Freies Gehen mit Monaten

Angaben über Krankheiten/Allergien

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma/Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Hörstörung |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Herzfehler |
| <input type="checkbox"/> Hüftleiden | <input type="checkbox"/> andere Geburtsgebrechen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung/Brille | <input type="checkbox"/> Kopfweh/Migräne | <input type="checkbox"/> andere Allergien |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen | <input type="checkbox"/> Bauchweh/Essverhalten | |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasenerkrankung | |

Spitalaufenthalte

wann? warum?

Steht das Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

nein ja weshalb?

Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

Impfungen

(bitte Variante markieren)

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind, nach Prüfung des vorliegenden Impfausweises, die notwendigen Impfungen gemäss Impfpfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen erhält.
- Ich möchte, dass mein Kind ausschliesslich folgende Impfungen erhält, sofern dies nach der Prüfung des Impfausweises notwendig ist:
 - Diphtherie/Starrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung (Polio)
 - Masern, Mumps, Röteln
- Ich möchte, dass keine Impfungen vorgenommen werden.

Datum

Unterschrift der Eltern

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit dem Impfausweis in das Kuvert und geben Sie dieses verschlossen der Lehrperson ab.

Besten Dank.