

Elternfragebogen

Angaben zu Ihrem Kind

Schulklasse

Vorname

Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

Familienname/
Nachname

Ausfülldatum
(TT.MM.JJJJ)

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname

Telefonnummer

Familienname/
Nachname

E-Mail-Adresse

Adresse

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname

Telefonnummer

Familienname/
Nachname

E-Mail-Adresse

Adresse

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Deutsch ☐ Sonstige:

Gibt es körperliche oder psychische familiäre Erkrankungen (Eltern und Geschwister)? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Masern

☐ Mumps

☐ Röteln

☐ Keuchhusten

☐ Windpocken
(Schafblattern)

☐ Hepatitis

☐ Tuberkulose

☐ Sonstige:

Hat Ihr Kind Allergien und/oder Unverträglichkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Biene

☐ Wespe

☐ Medikamente

☐ Nahrungsmittel

☐ Tiere

☐ Pollen

☐ Chlor

☐ Nickel

☐ Hausstaubmilbe

☐ Sonstige:

Hat Ihr Kind ein Notfallset? (Besonders wichtig und verpflichtend mitzuteilen)

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welches Notfallset?

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder Beeinträchtigung? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Lese-/Rechtschreibschwäche | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrums-Störung | <input type="checkbox"/> Rechenschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angst-/Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung/Artikulationsstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> chronisches Ekzem |
| | | <input type="checkbox"/> Zöliakie | |
| | | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose | |
| | | <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung | |

☐ Sonstige:

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Gibt es Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen bereiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Körperliche Beschwerden:

- ☐ Kollapsneigung
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Übelkeit/Erbrechen
- ☐ starke Regelschmerzen
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Schnarchen/Atempausen

Auffälligkeiten:

- ☐ soziale Isolation/Rückzug/Schulverweigerung/Tics
- ☐ Aggressivität/Wutausbrüche
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Bettnässen/Einkoten

Suchtproblematiken:

- ☐ exzessiver Medienkonsum
- ☐ Alkohol/Drogen

☐ Sonstige:

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Operation? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schielkorrektur | <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte | <input type="checkbox"/> Bruch (Nabel/Leiste) |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Mandeln/Polypen | <input type="checkbox"/> Darm (Blinddarm/andere Darm-OP) | <input type="checkbox"/> Klumpfüße |

☐ Sonstige:

Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung? (Jahr)

Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung? (Jahr)

Gibt es noch etwas, was Sie mir mitteilen möchten?