

# Elternfragebogen

<b>Angaben zu Ihrem Kind</b>		Schulklasse	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>	
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	Ausfülldatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>	
<b>Erziehungsberechtigte(r)</b>				
Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>	
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>			
<b>Erziehungsberechtigte(r)</b>				
Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>	
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>			
<b>Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>				
<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="text"/>		
<b>Gibt es körperliche oder psychische familiäre Erkrankungen (Eltern und Geschwister)? (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>				
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="text"/>		
Wenn ja, welche:				
<b>Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>				
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	
<input type="checkbox"/> Windpocken (Schafblattern)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> Sonstige:				
<b>Hat Ihr Kind Allergien und/oder Unverträglichkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>				
<input type="checkbox"/> Biene	<input type="checkbox"/> Wespe	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> Tiere
<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Chlor	<input type="checkbox"/> Nickel	<input type="checkbox"/> Hausstaubmilbe	
<input type="checkbox"/> 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 regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Körperliche Beschwerden:</b>                | <b>Auffälligkeiten:</b>   | <b>Suchtproblematiken:</b>                       |
| <input type="checkbox"/> Kollapsneigung        | <input type="checkbox"/> soziale Isolation/Rückzug/Schulverweigerung/Tics | <input type="checkbox"/> exzessiver Medienkonsum |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen         |   | <input type="checkbox"/> Alkohol/Drogen          |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen        | <input type="checkbox"/> Aggressivität/Wutausbrüche                       |  |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen    | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen                            |  |
| <input type="checkbox"/> starke Regelschmerzen | <input type="checkbox"/> Bettnässen/Einkoten                              |  |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen/Atempausen |   |  |
| <input type="checkbox"/> 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/Paukenröhren | <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?