

# Elternfragebogen

## Angaben zu Ihrem Kind

Angaben zu Ihrem Kind		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"/>

## Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>			

## Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>			

## 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)

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Windpocken (Schafblättern)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	
<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>			

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

<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: <input type="text"/>				

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)

**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?