



BUNDESBILDUNGSANSTALT FÜR ELEMENTARPÄDAGOGIK MURECK

Schulkennzahl: **623810**

Süßenbergerstraße 29, A-8480 Mureck

Telefon: +43 (0)5 0248 081

e-mail: office@bafep-mureck.at; Internet: www.bafep-mureck.at

Klasse: _____

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

_____ Telefon: _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht

Masern: ja nein Keuchhusten: ja nein Scharlach: ja nein

Röteln: ja nein Windpocken (Schafblättern): ja nein sonstige: _____

Mumps: ja nein Gelbsucht: ja nein sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung am: _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen Masern, Mumps, Röteln (Kombinationsimpfung MMR) geimpft? ja nein

1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale: ja nein Häufiger Kopfschmerz: ja nein

Allergie: ja nein Chronische Mittelohrentzündung: ja nein

Zuckerkrankheit: ja nein Sehfehler: ja nein

Ohnmachtsneigung: ja nein Hörfehler: ja nein

Anfallsleiden: ja nein Sprachfehler: ja nein

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Wenn Ihr Kind an einer chronischen Krankheit leidet (zB.: Epilepsie, Diabetes mellitus, schweres Asthma bronchiale), so bitten wir Sie, zu Schulbeginn den Klassenvorstand Ihres Kindes darüber zu informieren!

Gerne steht auch unsere Schulärztin für ein Gespräch zur Verfügung.

_____ Datum

_____ Unterschrift der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten