

Gesundheitsbogen

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 Studierenden/des Studierenden

Vorname

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____
 TT.MM.JJJJ

Anschrift: _____

Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Welche Infektionskrankheiten hat die Studierende/der Studierende durchgemacht?

Windpocken (Feucht-/Schafblattern) ja nein

Scharlach ja nein

Sonstige _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? **Bitte zutreffendes unterstreichen.**

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ja nein
 welche: _____

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen (im Speziellen FSME) durchgeführt?

ja nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitnehmen!**Besteht im Besonderen:**

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-/ Insektenallergie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sehfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Auffälligkeiten: _____

 Datum

 Unterschrift der Aufnahmewerberin/des Aufnahmewerbers