Studienjahr

**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, Gelenksentzündungen, 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  ja  nein Häufiger Kopfschmerz  ja  nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-/  ja  nein Chronische Mittelohrentzündung  ja  nein  
 Insektenallergie) (Trommelfellverletzung)

Zuckerkrankheit  ja  nein Sehfehler  ja  nein

Ohnmachtsneigung  ja  nein Hörfehler  ja  nein

Anfallsleiden  ja  nein Sprachfehler  ja  nein

Sonstige Auffälligkeiten:

Datum Unterschrift der Aufnahmewerberin/des Aufnahmewerbers