



Medizinische Angaben (Schularzt)

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte!
Sehr geehrte eigenberechtigte Schülerin, sehr geehrter eigenberechtigter Schüler!

Nachfolgende Angaben sind für den Schularzt der HBLA Ursprung, Dr. Franz-Georg Haslinger, bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Sie werden ersucht, das ausgefüllte Blatt – verschlossen in einem Kuvert, mit dem Namen von Schülerin/Schüler – den Anmeldeunterlagen beizulegen und der Schule zu übermitteln.

Familienname der Schülerin/des Schülers: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Name und Anschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

Telefonnummer(n) der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

Berufstätigkeit der Eltern/Erziehungsberechtigten: Vater: ja nein Mutter: ja nein

Geburtsjahr(e) der Geschwister: _____, _____, _____, _____

Wohnort der Schülerin/des Schülers *bisher*: zu Hause: auswärts:

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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schafblattern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	COVID-19:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

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

Zutreffendes unterstreichen!

Nähere Angaben dazu: _____

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 **COVID-19 („Corona“)** geimpft? ja nein

Erste Impfung am: _____, zweite Impfung am: _____, dritte Impfung am: _____,

vierte Impfung am: _____

Weitere **Impfungen** der Schülerin/des Schülers gegen:

<i>Diphtherie</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Meningokokken</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Tetanus (Wundstarrkrampf)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Pneumokokken</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Pertussis (Keuchhusten)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Hepatitis A (Gelbsucht)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Polio (Kinderlähmung)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Hepatitis B (Gelbsucht)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>MMR (Masern, Mumps, Röteln)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Bestehende **Krankheiten**:

<i>Asthma bronchiale</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Fructose-/Lactoseunverträglichkeit</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Sehfehler</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Zuckerkrankheit (Diabetes)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Hörfehler</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Anfallsleiden (Epilepsie)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Sprachfehler</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Coeliakie (Getreideunverträglichkeit)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Ohnmachtsneigung</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Häufiger Kopfschmerz</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Chronische Mittelohrentzündung</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Allergien (Ekzem, Arzneimittel, Heuschnupfen, Insektenstiche) ja nein

Auffälligkeiten:

Schlaflosigkeit, Bettnässen, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizit, verstärktes Schnarchen, häufiges Erbrechen

ja nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bzw. der/des eigenberechtigten Schülerin/Schülers:
