

Elternfragebogen

Angaben zu Ihrem Kind

Schulklasse

Vorname

Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

Familienname/
Nachname

Ausfülldatum
(TT.MM.JJJJ)

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname

Telefonnummer

Familienname/
Nachname

E-Mail-Adresse

Adresse

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname

Telefonnummer

Familienname/
Nachname

E-Mail-Adresse

Adresse

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)

☐ Masern

☐ Mumps
Hepatitis

☐ Röteln

☐ Keuchhusten

☐ Windpocken
(Schafblattern)

☐

☐ Tuberkulose

☐ Sonstige:

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

☐ Biene

☐ Wespe

☐ Medikamente

☐ Nahrungsmittel

☐ Tiere

☐ Pollen

☐ Chlor

☐ Nickel

☐ Hausstaubmilbe

☐

☐

☐

☐ Sons

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)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ ADHS | ☐ Lese-/Rechtschreibschwäche | ☐ Anfallsleiden/Epilepsie | ☐ chronische Mittelohrentzündung |
| ☐ Autismus-Spektrums-Störung | ☐ Rechenschwäche | ☐ Asthma | ☐ Hörbeeinträchtigung |
| ☐ Depression/Angst-/Anpassungsstörung | ☐ Sprachentwicklungsstörung/Artikulationsstörung | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Sehbeeinträchtigung |
| ☐ Essstörung | | ☐ Herzfehler | ☐ chronisches Ekzem |
| | | ☐ Zöliakie | |
| | | ☐ Cystische Fibrose | |
| | | ☐ 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)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Schielkorrektur | ☐ Lippen-Kiefer-Gaumenspalte | ☐ Bruch (Nabel/Leiste) |
| ☐ Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen | ☐ Herz | ☐ Wirbelsäule |
| ☐ Mandeln/Polypen | ☐ Darm (Blinddarm/andere Darm-OP) | ☐ 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?