

Anamnesebogen Seiteneinsteigende

Der Fragebogen für die schulärztliche Untersuchung hilft bei der Vorbereitung der Untersuchung. Es ist freiwillig, den Fragebogen auszufüllen. Es wäre aber hilfreich, wenn Sie ihn ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen. Bei der Untersuchung wird über wichtige Themen für die Schule gesprochen.

	Kind / Jugendliche / Jugendlicher	Mutter/Vater/ Elternteil 1	Mutter/Vater/Elternteil 2
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort / -land			
Staatsangehörigkeit bei Geburt (ggf. mehrere)			
In Deutschland seit:	_ _ _ 20 _ _ _ _ _ _ Monat Jahr		
In Landkreis / Stadt seit	_ _ _ 20 _ _ _ _ _ _ Monat Jahr		
Adresse		Falls abweichend vom Kind/Jugendliche/r!	Falls abweichend vom Kind/Jugendliche/r!
Telefonnummer			
E-Mail-Adresse für Terminabsprachen			

Weitere Angaben zum Kind / zur / zum Jugendlichen

Geschlecht des Kindes / der /des Jugendlichen	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe
Kinder im gleichen Haushalt (Geburtsjahr)	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
Kinder- und Jugendärztin / Kinder- und Jugendarzt Hausärztin / Hausarzt Weitere Fachärztinnen / Fachärzte	
Bereits von einem anderen Gesundheitsamt untersucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Wann? Weshalb? Wo?

Angaben zu Schulbesuch

Schulbesuch im Heimatland / in einem anderen Land	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schule (Name)	von _____ bis _____
Schule (Name)	von _____ bis _____
Aktuell zuständige Schule	
Klasse	

Impfungen im Heimatland / in einem anderen Land

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> als Säugling <input type="checkbox"/> als Kleinkind <input type="checkbox"/> als Schulkind <input type="checkbox"/> später:

Bisherige Erkrankungen / Unfälle / Behandlungen

Keine ernsthaften Krankheiten / Verletzungen	<input type="checkbox"/>
Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere schwere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche)
Unfall / Verletzungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Krankenhausaufenthalte / Operationen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Jetzt in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen:
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Präparat und Dosierung):

Fördermaßnahmen / Therapien / Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Brille seit: <input type="checkbox"/> Schielbehandlung, Sehschule seit:
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Hörhilfen:

Aktuelle Beschwerden (werden in einem persönlichen Gespräch vertraulich erörtert)

<input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> körperliche Schwäche <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme <input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> häufige Infekte <input type="checkbox"/> Schmerzen (wo?) <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Gesund (fit für die Schule)

Interessen / Hobbies

Sport im Verein: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--

Ausgefüllt am: _____ von: _____ Unterschrift Eltern /Personensorgeberechtigte: _____