**Elternfragebogen**

**der Bildungsanstalt für Elementarpädagogik in Oberwart**

**Liebe Eltern!**

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin bestimmt. Sie werden **streng** **vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schule** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin.

Familienname der Schülerin/des Schülers:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vorname(n):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: Geb.-Datum: Anschrift:

Name und Anschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten (entfällt für eigenberechtigte Personen):

Telefon:

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Masern  ja  nein Mumps  ja  nein Scharlach  ja  nein

Röteln  ja  nein Windpocken  ja  nein Diphtherie  ja  nein

Keuchhusten  ja  nein Gelbsucht  ja  nein Kinderlähmung  ja  nein

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**.

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:

Regelmäßige Medikamente, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Impfungen:**

**FSME (Zeckenkrankheit)**:  ja  nein

Grundimmunisierung:

Auffrischungsimpfungen:

**Tetanus (Wundstarrkrampf):**  ja  nein

Grundimmunisierung:

Auffrischungsimpfungen:

**Röteln:**   ja  nein

Datum:

Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten