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