Elternfragebogen

Angaben zu Ihrem Kind

Schulklasse	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	Ausfülldatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Familienname/ Nachname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

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	☐ Röteln	☐ Keuchhusten
☐ Windpocken (Schafblättern)	☐ Hepatitis	☐ Tuberkulose	
☐ Sonstige:	<input type="text"/>		

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

☐ Biene	☐ Wespe	☐ Medikamente	☐ Nahrungsmittel	☐ Tiere
☐ Pollen	☐ Chlor	☐ Nickel	☐ Hausstaubmilbe	
☐ Sonstige:	<input type="text"/>			

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?