



BUNDESBILDUNGSANSTALT & KOLLEG FÜR ELEMENTARPÄDAGOGIK MURECK

Süßenberger Straße 29 | 8480 Mureck | Schulkenzahl: 623810 | +43 (0)5 0248 081 (Schule)
+43 (0)5 0248 081 710 (Praxiskindergarten) | office-bafep@bsc-mureck.at | www.bafep-mureck.at

Klasse: _____

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

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 Schülerin/des Schülers _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja ☐ nein ☐ Mutter: ja ☐ nein ☐

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja ☐ nein ☐ Mutter: ja ☐ nein ☐

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht

Masern: ja ☐ nein ☐ Keuchhusten: ja ☐ nein ☐ Scharlach: ja ☐ nein ☐

Röteln: ja ☐ nein ☐ Windpocken (Schafblattern): ja ☐ nein ☐ sonstige: _____

Mumps: ja ☐ nein ☐ Gelbsucht: ja ☐ nein ☐ sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja ☐ nein ☐ letzte Impfung am: _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen Masern, Mumps, Röteln (Kombinationsimpfung MMR)) geimpft? ja ☐ nein ☐

1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale: ja ☐ nein ☐ Häufiger Kopfschmerz: ja ☐ nein ☐

Allergie: ja ☐ nein ☐ Chronische Mittelohrentzündung: ja ☐ nein ☐

Zuckerkrankheit: ja ☐ nein ☐ Sehfehler: ja ☐ nein ☐

Ohnmachtsneigung: ja ☐ nein ☐ Hörfehler: ja ☐ nein ☐

Anfallsleiden: ja ☐ nein ☐ Sprachfehler: ja ☐ nein ☐

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja ☐ nein ☐

Wenn Ihr Kind an einer chronischen Krankheit leidet (zB.: Epilepsie, Diabetes mellitus, schweres Asthma bronchiale), so bitten wir Sie, zu Schulbeginn den Klassenvorstand Ihres Kindes darüber zu informieren!

Gerne steht auch unsere Schulärztin für ein Gespräch zur Verfügung.

Datum

Unterschrift der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten