

Bitte in **GROSSBUCHSTABEN** ausfüllen.

[illegible][illegible][illegible]

																								,				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible]

--	--	--	--	--

1 Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? (eigene und weitere Kinder)

2 In welchem Land wurde Ihr Kind geboren?

3 Spricht Ihr Kind mehrere Sprachen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

4 Wurde Ihr Kind ambulant und/oder ☐ nein ☐ ja

4 Wurde Ihr Kind ambulant und/oder stationär im Krankenhaus behandelt, oder wurden ambulante Operationen durchgeführt? (z.B. Zahn-OPs) ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wann und warum?	Jahr	Grund
--------------------------	------	-------

Wenn ja, wann und warum?	Jahr	Grund
--------------------------	------	-------

Wenn ja, wann und warum?	Jahr	Grund
--------------------------	------	-------

[illegible][illegible]

5.1 Hatte Ihr Kind irgendwann einmal einen ☐ nein ☐ ja

5.1 Hatte Ihr Kind irgendwann einmal einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat? ☐ nein ☐ ja

5.2 **Trat dieser juckende Hautausschlag bei** ☐ nein ☐ ja

5.2 **Trat dieser juckende Hautausschlag bei Ihrem Kind irgendwann einmal an einer der folgenden Körperstellen auf:**
Ellenbeugen, Kniekehlen, Hand- oder Fußgelenke, Gesicht, Hals?

☐ nein ☐ ja

Bitte wenden.

	Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten...		
6.1	... beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?	☐ nein	☐ ja
6.2	... jemals pfeifende oder keuchende Atemgeräusche im Brustkorb während oder nach körperlicher Anstrengung?	☐ nein	☐ ja
6.3	... nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	☐ nein	☐ ja
7.1	... Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?	☐ nein	☐ ja
7.2	... gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden auch juckende oder tränende Augen?	☐ nein	☐ ja
8	Bestehen bei Ihrem Kind chronische Erkrankungen? (z.B. Diabetes mellitus, ADHS, Allergien, Hauterkrankungen, Herzfehler, Anfallsleiden)		
	☐ nein	☐ ja	
	<i>Wenn ja, welche?</i> _____		
9	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?		
	☐ nein	☐ ja	
	<i>Wenn ja, welche?</i> _____		
10	Hat oder hatte Ihr Kind folgende Therapien?		
		<i>Wenn ja:</i>	
	Legasthenie-Therapie	☐ nein	☐ noch laufend ☐ beendet
	Dyskalkulie-Therapie	☐ nein	☐ noch laufend ☐ beendet
	Logopädie	☐ nein	☐ noch laufend ☐ beendet
	Ergotherapie	☐ nein	☐ noch laufend ☐ beendet
	Spieltherapie	☐ nein	☐ noch laufend ☐ beendet
	andere <i>Wenn ja, welche?</i> _____		
11	Hatte Ihr Kind in den vergangenen 4 Jahren einen Unfall auf dem Weg zur Schule oder auf dem Heimweg, der eine ärztliche Behandlung erforderlich machte?		
	☐ nein	☐ ja	
12	Treibt Ihr Kind Sport im Verein?		
	☐ nein	☐ ja	
	<i>Wenn ja, welche Sportart?</i> _____		
13	Wie lange nutzt Ihr Kind durchschnittlich digitale Medien pro Tag? (Handy, Tablet, Konsole, Fernsehen, Computer insgesamt)		
	☐ gar nicht	☐ bis 1 Std.	
	☐ bis 2 Std.	☐ mehr als 2 Std.	
14	Was sollte die Schulärztin/der Schularzt über Ihr Kind noch wissen?		

15	Wer erzieht Ihr Kind?	☐ beide Elternteile, zusammen wohnend ☐ ein Elternteil mit Partner*in ☐ Pflegeeltern	☐ beide Elternteile, getrennt lebend ☐ alleinerziehend ☐ Großeltern oder andere
		Elternteil 1/Mutter	Elternteil 2/Vater
16.1	Geburtsjahr	_____	_____
16.2	Geburtsland	_____	_____
16.3	Staatsangehörigkeit	_____	_____
17.1	Höchster Schulabschluss	☐ Hauptschulabschluss ☐ Realschulabschluss, Mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur ☐ anderer Schulabschluss ☐ (noch) kein Schulabschluss	☐ Hauptschulabschluss ☐ Realschulabschluss, Mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur ☐ anderer Schulabschluss ☐ (noch) kein Schulabschluss
17.2	Höchster beruflicher Ausbildungs- oder (Fach-)Hochschulabschluss	☐ Lehre, Ausbildung ☐ Schule des Gesundheitswesens ☐ Fach-, Techniker- oder Meister-schule ☐ Akademischer Abschluss (z.B. Bachelor, Master, Diplom, Staatsexamen, Promotion) ☐ sonstiger Berufsabschluss ☐ in Ausbildung, Lehre, Studium ☐ kein Berufsabschluss	☐ Lehre, Ausbildung ☐ Schule des Gesundheitswesens ☐ Fach-, Techniker- oder Meister-schule ☐ Akademischer Abschluss (z.B. Bachelor, Master, Diplom, Staatsexamen, Promotion) ☐ sonstiger Berufsabschluss ☐ in Ausbildung, Lehre, Studium ☐ kein Berufsabschluss
17.3	Berufstätigkeit	☐ nein oder geringfügig (0 - 14 Std.) ☐ ja, ganztags (30 Std. und mehr) ☐ ja, Teilzeit (15 -29 Std.)	☐ nein oder geringfügig (0 - 14 Std.) ☐ ja, ganztags (30 Std. und mehr) ☐ ja, Teilzeit (15 -29 Std.)
18	Ich bin (bei Bedarf) mit einem Gespräch zwischen Schulärztin/Schularzt und Klassenlehrkraft oder Schulsozialarbeiter*in	☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden	
	Datum, Unterschrift	_____	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Liebes Schulkind,

bald besuche ich Deine Klasse, um Euch zu untersuchen. Dabei schaue ich, ob Ihr gut sehen und hören könnt, ob Euer Rücken gerade ist und wie es Euch insgesamt geht. Damit ich Dich besser kennenlernen kann, habe ich ein paar Fragen vorbereitet. Es wäre schön, wenn Du sie beantwortest und den Zettel zur Untersuchung mitbringst. Deine Antworten zu den Fragen 1, 2 und 4 möchten wir - ohne Deinen Namen zu nennen - für einen Bericht zur Gesundheit von Schulkindern nutzen.

1	Wie geht es Dir?	☐  Mir geht es fast immer gut.
		☐  Ich habe oft Kopfschmerzen.
		☐  Ich habe oft Bauchschmerzen.
		☐  Ich bin oft traurig.
		☐  Ich bin meistens fröhlich.
2	Bist Du mit Deinem Körpergewicht zufrieden?	☐  ☐ 
3	Welche Hobbys hast Du?	☐ Sport ☐ lesen ☐ fernsehen ☐ digitale Medien ☐ mit Freunden spielen ☐ Musik ☐ draußen spielen ☐ basteln ☐ nichts tun ☐ anderes
4	Kannst Du ohne Hilfsmittel schwimmen? <i>Wenn ja, hast Du schon eines der folgenden Schwimmabzeichen?</i>	☐  ☐  ☐ noch kein Abzeichen ☐ Seepferdchen ☐ Bronze ☐ Silber ☐ Gold
5	Gehst Du gern zur Schule/in Deine Klasse?	☐  ☐  ☐ 
6	Hast Du ein Lieblingsfach? <i>Wenn ja, welches?</i>	☐  ☐ 
7	Gibt es ein Fach, das Dir gar nicht gefällt? <i>Wenn ja, welches?</i>	☐  ☐ 
8	Hier kannst Du aufschreiben, worüber Du mit mir noch reden möchtest:	

Viele Grüße
Deine Schulärztin/Dein Schularzt