



## Fragebogen über den Gesundheitszustand

Zur Vorbereitung der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung in der ersten Primarklasse

**Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit dem Impfausweis (oder Kopie) sowie einem allfälligen Brillenrezept (oder Kopie) zur privatärztlichen Untersuchung mit.**

Name/Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse Wohnort: .....

Name/Vorname der Eltern: .....

Telefon: .....

Anzahl Geschwister: .....

Hausärztin/Hausarzt oder

Kinderärztin/Kinderarzt: .....

### 1. Angaben über Entwicklung und frühere Krankheiten

Früher durchgemachte Krankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gehäufte Mittelohrentzündungen  Nein  Ja

Windpocken (spitze Blättern)  Nein  Ja -> in welchem Alter?.....

Bestehen chronische Krankheiten?

Nein  Ja -> Welche? Seit wann?

.....  
.....  
.....

Bestehen Unfallfolgen?

Nein  Ja -> Welche? Seit wann?

.....  
.....  
.....

## Für die Eltern

### 2. Angaben über den aktuellen Gesundheitszustand

Bestehen folgende Probleme oder Beschwerden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen        | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen           | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufleiden | <input type="checkbox"/> Nervosität     |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenleiden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen           | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche   |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme    | <input type="checkbox"/> Allergien                 | <input type="checkbox"/> Ängste         |
| <input type="checkbox"/> Hautleiden          | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen           | <input type="checkbox"/> Bettnässen     |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen        | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen           |   |

Bestehen andere Probleme oder Beschwerden? Wenn ja, welche?

- Nein       Ja -> Welche?
- .....  
.....  
.....

Wird zurzeit eine ärztliche Behandlung durchgeführt?

- Nein       Ja -> Weshalb? Bei wem?
- .....  
.....  
.....

Ort und Datum:

Unterschrift:

(eines Elternteils oder gesetzliche Vertreterin/  
gesetzlicher Vertreter)