



## Erhebungen über den Gesundheitszustand der Kindergarten- und Schulkinder

Name des Kindes: ..... Genaueres Geburtsdatum:

Name und Beruf der Eltern: ..... PLZ / Wohnort: .....

Kindergarten: Ja  Wo? ..... oder Klasse / Schulhaus: .....  
Nein

<b>Gesundheitszustand:</b>	Ja	Nein
Ist das Kind zurzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihrem Kind eine Gesundheitsstörung vor, die besondere Rücksicht in der Schule erfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit der Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit der Ohren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselkrankheiten, z.B. Diabetes m.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten oder Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss das Kind Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		
.....		
Ist die Vorschuluntersuchung (während des Kindergartens) durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, bei welchem Arzt? .....		
Datum: ..... Unterschrift der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten: .....		