

Liebe Eltern, Erziehungsberechtigte, Schülerinnen und Schüler!

Als Schulärztin/Schularzt ist mir die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler ein wichtiges Anliegen. Ich führe die jährliche Untersuchung durch, begleite Kinder und Jugendliche an der Schule bei akuten und chronischen Erkrankungen und stehe bei gesundheitlichen Fragen gerne zur Verfügung.

Der Anamnesebogen liefert wichtige Informationen für die Untersuchung und weitere Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus. Geben Sie den Fragebogen in einem verschlossenen Kuvert Ihrem Kind für die schulärztliche Untersuchung mit oder geben Sie ihn bei der Untersuchung ab. Der Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Der Inhalt wird nicht an die Schulleitung oder an das Lehrpersonal weitergegeben.

Im Rahmen der jährlichen schulärztlichen Untersuchung findet ein Gespräch statt. Im Anschluss daran erfolgen die eigentliche Untersuchung und ggf. ein beratendes Gespräch zur individuellen gesundheitlichen Situation. Neben der Feststellung des Gewichts und der Körpergröße werden beispielsweise Augen und Sehkraft, Hals-Nasen-Ohrenbereich, Zähne und Gebiss, Haut, Haare und Nägel, Lunge, Bauch, Wirbelsäule/Brustkorb oder Motorik untersucht. Eine Untersuchung des Genitalbereichs ist keine schulärztliche Tätigkeit. Schulärztinnen/-ärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die Ergebnisse der Untersuchung werden unter Wahrung des Datenschutzes, ggf. auch elektronisch, festgehalten. Bei Bedarf kann ein Auszug der Untersuchungsergebnisse erstellt werden. Bei Auffälligkeiten werden Sie informiert.

Zur jährlichen Untersuchung gehört auch eine Kontrolle des Impfpasses. Es ist ein kostenloser Service, um Sie hinsichtlich des aktuellen Impfstatus zu beraten. Impfungen selbst sind kein Bestandteil der Schuluntersuchung. Sollten Sie Fragen zur jährlichen schulärztlichen Untersuchung sowie zu meiner Tätigkeit als Schulärztin/Schularzt haben oder sich Sorgen um die körperliche Gesundheit oder das psychische Wohlbefinden machen, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf.

Vielen Dank!

Ihre Schulärztin / Ihr Schularzt

Name

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Anwesend
an der Schule

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Schulklasse

Vorname

Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

Familienname/
Nachname

Ausfülldatum
(TT.MM.JJJJ)

Geschlecht

männlich

weiblich

divers

inter

offen

keine Angabe

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname

Telefonnummer

Familienname/
Nachname

E-Mail-Adresse

Adresse

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname

Telefonnummer

Familienname/
Nachname

E-Mail-Adresse

Adresse

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 wurden durchgemacht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Masern

Mumps

Röteln

Keuchhusten

Windpocken
(Schafblättern)

Hepatitis

Tuberkulose

Sonstige:

Sind Allergien und/oder Unverträglichkeiten bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Biene

Wespe

Medikamente

Nahrungsmittel

Tiere

Pollen

Chlor

Nickel

Hausstaubmilbe

Sonstige:

Bitte wenden

Wird ein Notfallset mitgeführt? (Besonders wichtig und verpflichtend mitzuteilen)

ja

nein

Wenn ja, welches Notfallset?

Ist eine chronische Erkrankung oder Beeinträchtigung bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Lese-/Rechtschreibschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrums-Störung | <input type="checkbox"/> Rechenschwäche | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angst-/Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung/Artikulationsstörung | <input type="checkbox"/> Zöliakie | <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung |
| | | <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> chronisches Ekzem |

Sonstige:

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? 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:

Erfolgten Operationen in der Vergangenheit? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schielkorrektur | <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte | <input type="checkbox"/> Bruch (Nabel/Leiste) |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Mandeln/Polypen | <input type="checkbox"/> Darm (Blinddarm/andere Darm-OP) | <input type="checkbox"/> 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?

Ort/Datum

Unterschrift