



# Fragebogen

zum schulärztlichen Untersuch in der 5. Klasse

Name/Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer \_\_\_\_\_

Haus- und/oder Kinderarzt/ärztin \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

## Bestehen bei Ihrem Kind zurzeit gesundheitliche Störungen?

nein ja | welche? \_\_\_\_\_

## Hatte Ihr Kind seit Schuleintritt Unfälle, Krankheiten oder andere gesundheitliche Störungen?

nein ja | welche? \_\_\_\_\_

## Klagt Ihr Kind häufig über gesundheitliche Schmerzen?

nein ja | welche? \_\_\_\_\_

## Hat Ihr Kind Probleme in der Schule (sozial, Leistung)?

nein ja | welche? \_\_\_\_\_

## Bestehen besondere Schwierigkeiten über die Sie sich mit der Schulärztin aussprechen möchten?

nein ja | welche? \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der Impfkarte in das Kuvert und geben Sie dieses verschlossen der Lehrerin/dem Lehrer ab. Besten Dank.**