

Elternfragebogen

Angaben zu Ihrem Kind

Schulklasse

Vorname

Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

Familienname/
Nachname

Ausfülldatum
(TT.MM.JJJJ)

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 hat Ihr Kind durchgemacht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten

☐ Windpocken
(Schafblattern) ☐ Hepatitis ☐ Tuberkulose

☐ Sonstige:

Hat Ihr Kind Allergien und/oder Unverträglichkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Biene ☐ Wespe ☐ Medikamente ☐ Nahrungsmittel ☐ Tiere

☐ Pollen ☐ Chlor ☐ Nickel ☐ Hausstaubmilbe

☐ Sonstige:

Hat Ihr Kind ein Notfallset? (Besonders wichtig und verpflichtend mitzuteilen)

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welches Notfallset?

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder Beeinträchtigung? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ ADHS

☐ Lese-/Rechtschreibschwäche

☐ Anfallsleiden/Epilepsie

☐ chronische

☐ Autismus-Spektrums-Störung

☐ Rechenschwäche

☐ Asthma

Mittelohrentzündung

☐ Depression/Angst-/
Anpassungsstörung

☐ Sprachentwicklungsstörung/
Artikulationsstörung

☐ Diabetes mellitus

☐ Hörbeeinträchtigung

☐ Essstörung

☐ Herzfehler

☐ Sehbeeinträchtigung

☐ Zöliakie

☐ chronisches Ekzem

☐ Cystische Fibrose

☐ chronisch entzündliche
Darmerkrankung

☐ Sonstige:

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein? 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:

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Operation? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Schielkorrektur

☐ Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

☐ Bruch (Nabel/Leiste)

☐ Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen

☐ Herz

☐ Wirbelsäule

☐ Mandeln/Polypen

☐ Darm (Blinddarm/andere Darm-OP)

☐ 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?