



Fragebogen

zum schulärztlichen Untersuchung 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.