



## Fragebogen über den Gesundheitszustand

Zur Vorbereitung der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung in der ersten Primarklasse

**Bitte geben Sie den Fragebogen zusammen mit dem Impfausweis (oder Kopie) sowie einem allfälligen Brillenrezept (oder Kopie) in einem verschlossenen Couvert der Lehrperson ab oder bringen Sie ihn zur privatärztlichen Untersuchung mit.**

Name/Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse Wohnort: .....

Name/Vorname der Eltern: .....

Telefon: .....

Anzahl Geschwister: .....

Hausärztin/Hausarzt oder

Kinderärztin/Kinderarzt: .....

### 1. Angaben über Entwicklung und frühere Krankheiten

Früher durchgemachte Krankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gehäufte Mittelohrentzündungen  Nein  Ja

Windpocken (spitze Blattern)  Nein  Ja -> in welchem Alter?.....

Bestehen chronische Krankheiten?

Nein  Ja -> Welche? Seit wann?

.....  
.....  
.....

Bestehen Unfallfolgen?

Nein  Ja -> Welche? Seit wann?

.....  
.....  
.....

## 2. Angaben über den aktuellen Gesundheitszustand

Bestehen folgende Probleme oder Beschwerden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen        | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen           | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufleiden | <input type="checkbox"/> Nervosität     |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenleiden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen           | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche   |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme    | <input type="checkbox"/> Allergien                 | <input type="checkbox"/> Ängste         |
| <input type="checkbox"/> Hautleiden          | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen           | <input type="checkbox"/> Bettnässen     |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen        | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen           |   |

Bestehen andere Probleme oder Beschwerden? Wenn ja, welche?

- Nein       Ja -> Welche?

.....

.....

.....

Wird zurzeit eine ärztliche Behandlung durchgeführt?

- Nein       Ja -> Weshalb? Bei wem?

.....

.....

.....

Ort und Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift:

(eines Elternteils oder gesetzliche Vertreterin/  
gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_