# Gesundheitsfragebogen Kinder

Vorname und Name des Kindes: Wählen Sie ein Element aus.

Anschrift: Wählen Sie ein Element aus.

Bitte kreuzen Sie nachfolgend die zutreffenden Aussagen an:

Mein Kind hat Probleme mit dem Innenohr: [ ]  ja [ ]  nein

Mein Kind leidet unter Atemwegserkrankungen (Asthma etc.): [ ]  ja [ ]  nein

Bitte geben Sie die Erkrankungen genau an:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mein Kind leidet an einer Allergie: [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, muss es deshalb regelmäßig Medikamente einnehmen? [ ]  ja [ ]  nein

Welche?

Mein Kind hat in letzter Zeit häufig über Schwindel geklagt: [ ]  ja [ ]  nein

Mein Kind ist Diabetiker: [ ]  ja [ ]  nein

Mein Kind ist Brillenträger: [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche Sehstärke wurde festgestellt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei meinem Kind ist ein Anfallsleiden bekannt: [ ]  ja [ ]  nein

Möchten Sie mir über sonstige Gewohnheiten Ihres Kindes etwas mitteilen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei einem Unfall sollen benachrichtigt werden (Name, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten