



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  
Gesundheitsamt  
Kantonsärztlicher Dienst

## Schulärztlicher Dienst

# Fragebogen über den Gesundheitszustand Ihres Kindes (2. Kindergartenjahr und 4. Schuljahr der Primarstufe)

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte

Bald findet bei Ihrem Kind die obligatorische schulärztliche Untersuchung durch die Schulärztin/den Schularzt statt.

Wenn Sie die Untersuchung durch Ihren Hausarzt / Ihre Hausärztin oder Ihren Kinderarzt / Ihre Kinderärztin durchführen lassen, muss eine **Bestätigung** über die Untersuchung **eine Woche vor der offiziellen schulärztlichen Untersuchung** beim Schularzt/der Schulärztin vorliegen. **Falls am Tag der schulärztlichen Untersuchung keine Bestätigung vorliegt, wird die Schulärztin/der Schularzt bei Ihrem Kind die obligatorische Untersuchung durchführen.**

Bei den Untersuchungen der Kinder im Alter des 2. Kindergartenjahres ist es wichtig, wenn ein Elternteil dabei ist. Auch in der 4. Klasse ist die Begleitung durch einen Elternteil willkommen.

### Bitte bringen Sie Folgendes zur Untersuchung mit:

- den vollständig ausgefüllten **Fragebogen** über den Gesundheitszustand in einem verschlossenen Briefumschlag
- eine eventuell vorhandene **Brille**
- den **Impfausweis**

**Bitte wenden!**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Name/Vorname der Eltern: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Höchste Ausbildung des Vaters:  Grundstufe  Sekundarstufe II  Tertiärstufe

Höchste Ausbildung der Mutter:  Grundstufe  Sekundarstufe II  Tertiärstufe

Geburtsjahr Geschwister: Brüder: \_\_\_\_\_ Schwestern: \_\_\_\_\_

### 1. Angaben über Entwicklung und frühere Krankheiten

Folgende Fragen sind nur zu beantworten, wenn sie nicht schon bei einer früheren Untersuchung ausgefüllt wurden oder falls Änderungen aufgetreten sind.

In welchem Alter konnte Ihr Kind frei gehen? \_\_\_\_\_ sprechen? \_\_\_\_\_

Gingen Sie mit Ihrem Kind **in den letzten 2 Jahren** zur Kinderärztin/zum Kinderarzt für die Vorsorgeuntersuchungen?  nein  ja

Früher durchgemachte Krankheiten:

gehäufte Mittelohrentzündungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
gehäufte Angina	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Masern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter? _____
Mumps (Ohremüggeli)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter? _____
Röteln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter? _____
Windpocken (spitze Blattern)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter? _____
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter? _____

Bestehen chronische Krankheiten? (welche? seit wann?):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestehen Unfallfolgen? (welche? seit wann?):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Angaben über den jetzigen Gesundheitszustand

Bestehen folgende Probleme oder Beschwerden? (Zutreffendes 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"/> Eifersuchtsprobleme
<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Bettnässen

Bestehen andere Probleme oder Beschwerden? Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wird zurzeit eine ärztliche Behandlung durchgeführt? Wenn ja, weshalb? Bei wem?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_