



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion

Gesundheitsamt

Kantonsärztlicher Dienst

Schulärztlicher Dienst

**Fragebogen über den Gesundheitszustand Ihres Kindes
(2. Kindergartenjahr und 4. Klasse)**

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

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

Wenn Sie lieber möchten, dass die Untersuchung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt durchgeführt wird, bitten wir Sie, selber einen Termin zu vereinbaren. Eine **Bestätigung** über die schulärztliche Untersuchung beim Hausarzt/-ärztein sollte dann **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** und **Brillenrezept**
- Den **Impfausweis**
- Die schriftliche Einwilligung auf dem **Formular „empfohlene Impfungen“** und der Krankenkassenausweis, falls nötige freiwillige Impfungen gleich durchgeführt werden.

Bitte wenden!

Ihre Angaben sind freiwillig und unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Nr.: _____

Name/Vorname der Eltern:

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 freigehen? _____ 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 | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | |
| gehäufte Angina | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | |
| Masern | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> In welchem Alter? _____ |
| Mumps (Ohremüggeli) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> In welchem Alter? _____ |
| Röteln | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> In welchem Alter? _____ |
| Windpocken (spitze Blätter) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> In welchem Alter? _____ |
| Keuchhusten | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 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"/> Eifersuchsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Bettlässen |

Bestehen andere Probleme oder Beschwerden? Wenn ja, welche:

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

