



Gesundheitsbogen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

ja nein

- Häufige Anginen ja nein
- Schwerer grippaler Infekt in letzter Zeit ja nein
- Operationen (wenn ja – welche und wann?) ja nein
- Allergien (wenn ja – welche?) ja nein

-
- Chlorwasserunverträglichkeit ja nein
 - Erkrankungen der Ohren ja nein
 - Asthma ja nein
 - Kollapsneigung ja nein
 - Bluthochdruck ja nein
 - Herz- oder Gefäßerkrankungen (wenn ja, welche) ja nein

-
- Epileptische Anfälle ja nein
 - Nieren- oder Harnwegerkrankungen ja nein
 - Zuckerkrankheit ja nein
 - Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 - Diäten (wenn ja, welche?) ja nein

-
- Wirbelsäulen- und Gelenkserkrankungen (wenn ja, welche?) ja nein
 - Ständige Medikamenteneinnahme (wenn ja, welche?) ja nein
 - Wird in der Freizeit Sport betrieben (wenn ja, welcher?) ja nein
 - War (aus welchem Grund auch immer) eine längere Turnbefreiung nötig? ja nein

-
- Besteht oder bestand ein Sprachfehler? ja nein
 - Wenn ja, wurde/wird dieser logopädisch abgeklärt und/oder behandelt? ja nein

.....
Datum

.....
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Von der Schulärztin auszufüllen:

ja nein

Die Aufnahme in die BAfEP wird von der Schulärztin gutgeheißen:

ja nein

Empfehlungen und Verordnungen an den/die Schüler/in:

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Schulärztin