

	Kind	Sorgeberechtigter I	Sorgeberechtigter II
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort-/land			
Staatsangehörigkeit bei Geburt			
Adresse			
Telefonnummer			
Zuständige Schule			

Weitere Angaben zum Kind

Geschwister (Geschlecht und Geburtsdatum)	1. _____, 2. _____, 3. _____, 4. _____, 5. _____, 6. _____, 7. _____, 8. _____
--	---

Schulbesuch im Heimatland / in einem anderen Land: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1. Schule von _____ bis _____
2. Schule von _____ bis _____

Anamnese/Vorsorgen/Erkrankungen/Unfälle

<input type="checkbox"/> Sehstörung	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:
<input type="checkbox"/> Hörstörung	Hörhilfen:	

Impfungen im Heimatland oder einem anderen Land <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> als Säugling <input type="checkbox"/> als Kleinkind <input type="checkbox"/> als Schulkind <input type="checkbox"/> später

Bisherige Erkrankungen / Unfälle: <input type="checkbox"/> Schwere Infektionen <input type="checkbox"/> Unfall / Verletzungen <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> Chronische Krankheiten Welche: <input type="checkbox"/> Keine ernsthaften Krankheiten / Verletzungen
Jetzt in ärztlicher Behandlung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weshalb? Regelmäßige Medikamenteneinnahme: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja Präparat und Dosierung:

Aktuelle Beschwerden

<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Atemnot
<input type="checkbox"/> körperliche Schwäche	<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> Juckreiz
<input type="checkbox"/> häufige Infekte	<input type="checkbox"/> Schmerzen (wo?)		
<input type="checkbox"/> Sontiges			
<input type="checkbox"/> Gesund (fit für die Schule)			

Interessen / Hobbies:
Sport im Verein: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja

Bereits in einem anderen Gesundheitsamt untersucht? nein ja

Wann?.....Wo?.....Weshalb?.....

In Deutschland seit:..... In Landkreis/Stadt seit:.....