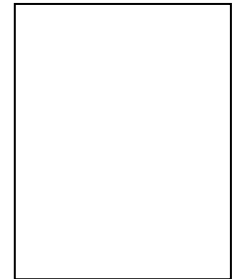


EUROPÄISCHE SCHULE LUXEMBURG I
23, Bd. Konrad Adenauer
L-1115 Luxembourg



Schulärztlicher Dienst Frau Dagmar RIES
 Frau Fabienne SCHLIM - Frau Heidi GLENTE

SCHULMEDIZINISCHER DIENST

**VERTRAULICHER FRAGEBOGEN.
BITTE AUSFÜLLEN UND ZUSAMMEN MIT EINER KOPIE DES
IMPFPASSES AN DEN SCHULÄRZTLICHEN DIENST WEITERGEBEN.**

PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME des Kindes : VORNAME:.....

GEBURTSDATUM : GEBURTSORT :

NATIONALITÄT: GESCHLECHT: Männlich : () Weiblich: ()

Stufe: Klasse: Sprachsektion

ADRESSE :

NAME des Erziehungsberechtigten:.....

ADRESSE :

NAME des behandelnden Arztes :

WICHTIGE TELEPHONNUMMERN

Tel: Mutter : Privat :

 Arbeit :

 Mobil:

Tel. Vater : Privat :

 Arbeit :

 Mobil :

Telefonnummer einer anderen Person die wir im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit informieren können und die Ihr Kind, falls notwendig, abholen kann..

Name:

Tel: Privat:

 Arbeit:

 Mobil:

ANGABEN ÜBER FAMILIENANGEHÖRIGE

VATER

NAME: VORNAME:

GEBURTSDATUM:..... GEBURTSORT:.....

BERUF :..... GESUNDHEITZUSTAND:

Grösse :

MUTTER

NAME:..... VORNAME:.....

GEBURTSDATUM:..... GEBURTSORT:.....

BERUF:..... GESUNDHEITZUSTAND:.....

Grösse :

GESCHWISTER

Name und Vorname	Geburtsdatum und Geburtsort	Gesundheitszustand

Ist ein Familienmitglied verstorben? Ja/Nein

Wenn ja, war die Ursache ein Unfall oder eine Krankheit? :.....

ANGABEN ÜBER DAS KIND

Wurde das Kind zum errechneten Termin geboren? Ja/Nein

War es eine Frühgeburt? Ja/Nein

War es eine Spätgeburt? Ja/Nein

Verlief die Geburt normal? Ja/Nein

Durch Kaiserschnitt? Ja/Nein

Mit Hilfe der Geburtszange? Ja/Nein

Mit Hilfe der Saugglocke? Ja/Nein

Musste das Kind wiederbelebt werden? Ja/Nein

Litt es kurz nach der Geburt an Gelbsucht? Ja/Nein

Hatte es Atembeschwerden, Verdauungsstörungen oder andere Beschwerden? Ja/Nein

War eine Missbildung vorhanden? Ja/Nein

Falls ja, Welche.....

Geburtsgewicht:..... Geburtsgröße:.....

Konnte Ihr Kind mit 18 Monaten alleine gehen? Ja/Nein

Leidet Ihr Kind an:

Sprachproblemen? Ja/Nein

Entwicklungsstörungen? Ja/Nein

Hyperaktivität? Ja/Nein

Psychologische oder Verhaltensstörungen? Ja/Nein

Einem bestimmten Syndrom? Ja/Nein

Anderen Problemen? Ja/Nein

.....

Infektionskrankheiten

Hatte Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten ? Wenn ja, bitte Datum angeben:

Masern:	Virale oder bakterielle Hirnhautentzündung :
Röteln:	Infektiöse Gelbsucht :
Windpocken:	Lungenentzündung:
Mumps:	Bronchitis :
Scharlach:	Häufige Ohrenentzündungen:
Akutes Gelenkrheuma:.....	Häufige Mandelentzündungen:.....

Chronische Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, Verletzungen

Allergien* Wenn ja, welche?.....	Ja/Nein	Krämpfe Epilepsie Diabetes (Zuckerkrankheit) Parasitärer Befall: Läuse Bandwürmer	Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein
Hypersensibilität Wenn ja, worauf?.....	Ja/Nein	Herz Problemen Verdauungs-Problemen Urogenitalen Problemen Andere Krankheiten: welche:.....	Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein
Heuschnupfen Ekzem Asthma Wurde Ihr Kind schon operiert? Hatte es Knochenbrüche? Hatte es Verbrennungen? War Ihr Kind hospitalisiert?	Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein Wenn ja, weshalb?..... Wenn ja, welche?..... Wenn ja, welche?..... Wenn ja, weshalb?

*Für den Fall, dass eine ernsthafte Nahrungsmittelallergie vorliegt muss diesem Formular eine separate ärztliche Bescheinigung beigelegt werden. Diese soll vom behandelnden Arzt unterschrieben sein und die Vorgehensweise bei dem jeweiligen Kind beschreiben.

Das Schulrestaurant kann KEINE speziellen Mahlzeiten für Kinder mit Nahrungsmittelallergien bereitstellen. Wir möchten Sie daher darauf hinweisen, dass die Verantwortung für den Zusammenstellung der Mahlzeiten für die Kinder mit Nahrungsmittelallergien, bei den Eltern bleibt.

AKTUELLER GESUNDHEITZSTAND DES KINDES

Fühlt Ihr Kind sich wohl? Falls nein, worüber beklagt es sich?	Ja/Nein
Spricht es fehlerfrei? Hat es Schwierigkeiten mit der Aussprache? Stottert es? Falls ja, geschieht das öfters?	Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein
Wird zu Hause dieselbe Sprache wie in der Schule gesprochen?	Ja/Nein
Ist das Kind vollständig sauber, sowohl im Hinblick auf Urin als auch auf Stuhlgang? Falls nein, welche Schwierigkeit besteht noch?	Ja/Nein
Schläft Ihr Kind gut? Falls nein, welche Schwierigkeiten bestehen?	Ja/Nein von..... bis.....
Wenn es sich um ein Mädchen handelt, hat sie ihre Regelblutung schon bekommen?	Ja/Nein

Schläft es mit offenem Mund?	Ja/Nein	Ist es oft traurig?	Ja/Nein
Schläft es alleine in einem Raum?	Ja/Nein	verschlossen?	Ja/Nein
Schläft es alleine in einem Bett?	Ja/Nein	ängstlich?	Ja/Nein
Ist es nervös?	Ja/Nein	teilnahmslos ?	Ja/Nein
Hat es viele Wutausbrüche?	Ja/Nein	aggressiv ?	Ja/Nein
Weint es oft?	Ja/Nein		

Spielt es immer alleine oder beteiligt es sich an Spielen gleichaltriger Kinder?

.....

AKTUELLE BEHANDLUNG

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja/Nein
 Falls ja, welche?.....

.....

Wird Ihr Kind mit Krankengymnastik behandelt? Ja/Nein
 Hat Ihr Kind eine oder mehrere Kontrollen beim Augenarzt gehabt? Ja/Nein
 Muss es eine Brille tragen? Ja/Nein regelmäßig ? Ja/Nein
zeitweise? Ja/Nein
 Datum der letzten Kontrolle :

Sind Sie der Ansicht, dass Ihr Kind normal hört? Ja/Nein
 Wird sein Gehörsinn überwacht? Ja/Nein

Wird es durch einen Psychologen betreut? Ja/Nein
 Bekommt es eine logopädische Betreuung? Ja/Nein

Hat es eine pädagogische Unterstützung in der Klasse oder außerhalb bekommen? Ja/Nein

Hat es an einem individuellen pädagogischen Programm teilgenommen? Ja/Nein

Wenn ja, an welchem?:.....

.....

IMPFUNGEN

Bitte fügen Sie dem Fragebogen eine rezente Kopie der Impfkarte bei.

Die Angaben dieses Fragebogens sind vertraulich und können nicht weitergegeben werden. Wenn das Kind die Schule verlässt können die Eltern diesen Bogen beim Schulärztlichen Dienst abholen.

Falls Ihr Kind an einer chronischen Krankheit leidet, welche eine besondere Überwachung oder Dauerbehandlung erfordert, bitten wir Sie, das zuständige Lehrpersonal davon in Kenntnis zu setzen.

Im Falle eines größeren Unfalles während der Schulzeiten, wird das Kind mit dem Krankenwagen ins Krankenhaus gebracht. Die Eltern werden dann sofort von der Schule informiert.

Datum : Unterschrift der Eltern:

.....