

Gesundheitsblatt

Schulkennzahl: □□□□□□
Schularztstempel:

Schülerinnenkennzahl/Schülerkennzahl: □□□□□□□□□□□□□□
Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: □□ □□ □□ Geschlecht: männlich weiblich
Tag Monat Jahr

Schuljahr 20□□/□□ Schulstufe: □□ Untersuchungsdatum: □□ □□ □□

Körpergröße: □□□ (cm) /Gewicht: □□□ (kg) Tag Monat Jahr

Anamnese laut Elternfragebogen

Asthma bronch.: ja nein Epilepsie: ja nein
Allergie ja nein Weiteres:
Diabetes mellitus: ja nein

Befunde

Brillenträger: ja nein
Schielen: ja nein
Visus: 6/6 bds. einseitig herabgesetzt beidseitig herabgesetzt
Hörvermögen o.B. einseitig behindert beidseitig behindert
Sprachfehler: ja nein
Nase: frei Atmung chron. behindert
Tonsillen: o.B. krankhaft verändert entfernt
Zähne: Untersuchung mit Spatel Untersuchung mit Spiegel u. Sonde
(Milch- u. bleib.Geb.) gesund saniert kariös
Gebissstellung: o.B. Fehlstellung in Behandl. Fehlstellung o. Behandlung
Schilddrüse: o.B. nur tastbar vergrößert sichtbar vergrößert
Haut: o.B. chron. Hautleiden
Herz- und Gefäße: o.B. org. Herz- u. Gefäßerkrankung funkt. Herz- u. Gefäßerkrankung
Lunge: o.B. chron. rezid. Bronchitis Asthma
Bauch: o.B. Hernien sonstige Befunde
Wirbelsäule u. Brustkorb: o.B. Haltungsschwäche Fehlf orm
Arme, Hände: o.B. Fehlf orm o. Funktionsbeh. Fehlf orm m. Funktionsbeh.
Beine, Füße: o.B. Fehlf orm o. Funktionsbeh. Fehlf orm m. Funktionsbeh.
Nervensystem: o.B. veget. und psych. Labil. organ. Nervenleiden

Sonstige Befunde:

Weitere ärztl. Abklärung: NEIN JA
wegen _____
Zur Behandlung: NEIN JA
wegen _____

Für _____ bedingt geeignet nicht geeignet

Schulärztliche Überwachung: NEIN JA

□□□□□□□□□□□□ Schülerkennzahl der derzeit besuchten Anstalt:
nur ausfüllen nach Schulwechsel!