Gesundheitsblatt

Schulkennzahl: ⊔⊔⊔⊔⊔⊔ **Schülerinnenkennzahl/Schülerkennzahl:** ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔
Schularztstempel: **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 ☐	Fehlform ☐
Arme, Hände:	o.B. ☐	Fehlform o.Funktionsbeh. ☐	Fehlform m. Funktionsbeh. ☐
Beine, Füße:	o.B. ☐	Fehlform o. Funktionsbeh. ☐	Fehlform 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!

Bundesministerium für Gesundheit
2009 DVR: 2109254

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
DVR: 0064301 Gesundheitsblatt 2009