

Anamneseblatt für den Schularzt

Impfungen	Anzahl	Datum Impfung
Rotavirus		
Diphtherie		
Tetanus		
Pertussis		
Poliomyelitis		
Haemophilus infl. B		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Pneumokokken		
Mumps Masern Röteln		
Meningokokken B		
Meningokokken C		
FSME		
Influenza		
Humane Papillomaviren		
Varizellen		
Herpes Zoster		
andere Impfungen:		

Einverständniserklärung

zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an Schulen und Internaten

Nähere Informationen finden Sie auf der Website

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Strahlenschutz/

Zutreffendes bitte ankreuzen

- JA, ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Elternfragebogen**Liebe Eltern!**

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

_____ Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Vater: ja nein Mutter: ja nein

Geburtsjahr der Geschwister: _____, _____, _____, _____, _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Masern: ja nein Keuchhusten: ja nein Scharlach: ja nein

Röteln: ja nein Windpocken (Schafblattern): ja nein sonstige: _____

Mumps: ja nein Gelbsucht: ja nein sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem.

Bitte Zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, ja nein Chronische Mittelohrentzündung ja nein

Arzneimittel-, Insektenallergie) ja nein (Trommelfellverletzung) ja nein

Zuckerkrankheit: ja nein Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung: ja nein Hörfehler: ja nein

Anfallsleiden a nein Sprachfehler: ja nein

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____