Bundesministerium
Bildung

Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

Liebe Eltern, Erziehungsberechtigte, Schülerinnen und Schüler!

Als Schulärztin/Schularzt ist mir die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler ein wichtiges Anliegen. Ich führe die jährliche Untersuchung durch, begleite Kinder und Jugendliche an der Schule bei akuten und chronischen Erkrankungen und stehe bei gesundheitlichen Fragen gerne zur Verfügung.

Der Anamnesebogen liefert wichtige Informationen für die Untersuchung und weitere Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus. Geben Sie den Fragebogen in einem verschlossenen Kuvert Ihrem Kind für die schulärztliche Untersuchung mit oder geben Sie ihn bei der Untersuchung ab. Der Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Der Inhalt wird nicht an die Schulleitung oder an das Lehrpersonal weitergegeben.

Im Rahmen der jährlichen schulärztlichen Untersuchung findet ein Gespräch statt. Im Anschluss daran erfolgen die eigentliche Untersuchung und ggf. ein beratendes Gespräch zur individuellen gesundheitlichen Situation. Neben der Feststellung des Gewichts und der Körpergröße werden beispielsweise Augen und Sehkraft, Hals-Nasen-Ohrenbereich, Zähne und Gebiss, Haut, Haare und Nägel, Lunge, Bauch, Wirbelsäule/Brustkorb oder Motorik untersucht. Eine Untersuchung des Genitalbereichs ist keine schulärztliche Tätigkeit. Schulärztinnen/-ärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die Ergebnisse der Untersuchung werden unter Wahrung des Datenschutzes, ggf. auch elektronisch, festgehalten. Bei Bedarf kann ein Auszug der Untersuchungsergebnisse erstellt werden. Bei Auffälligkeiten werden Sie informiert.

Zur jährlichen Untersuchung gehört auch eine Kontrolle des Impfpasses. Es ist ein kostenloser Service, um Sie hinsichtlich des aktuellen Impfstatus zu beraten. Impfungen selbst sind kein Bestandteil der Schuluntersuchung. Sollten Sie Fragen zur jährlichen schulärztlichen Untersuchung sowie zu meiner Tätigkeit als Schulärztin/Schularzt haben oder sich Sorgen um die körperliche Gesundheit oder das psychische Wohlbefinden machen, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf.

Vielen Dank!
Ihre Schulärztin / Ihr Schularzt

Name	Dr.Christina Müller
Telefonnummer	01 368 46 15 16
E-Mail-Adresse	c.mueller@billrothgymnasium.at
Anwesend an der Schule	Montag 9.00-14.00Uhr; Mittwoch 8.00-13.00 Uhr, Donnerstag 8.15- 13.15 Uhr

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Schulklasse

Vorname

Geburtsdatum *(TT.MM.JJJJ)*

Familienname/ Nachname

Ausfülldatum *(TT.MM.JJJJ)*

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ inter ☐ offen ☐ keine Angabe

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname

Telefonnummer

Familienname/ Nachname

E-Mail-Adresse

Adresse

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname

Telefonnummer

Familienname/ Nachname

E-Mail-Adresse

Adresse

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

☐ Deutsch ☐ Sonstige:

Gibt es körperliche oder psychische familiäre Erkrankungen (Eltern und Geschwister)? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

○ ja ○ nein

Wenn ja, welche:

Welche Infektionskrankheiten wurden durchgemacht? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten

☐ Windpocken (Schafblattern) ☐ Hepatitis ☐ Tuberkulose

☐ Sonstige:

Sind Allergien und/oder Unverträglichkeiten bekannt? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

☐ Biene ☐ Wespe ☐ Medikamente ☐ Nahrungsmittel ☐ Tiere

☐ Pollen ☐ Chlor ☐ Nickel ☐ Hausstaubmilbe

☐ Sonstige:

Wird ein Notfallset mitgeführt? *(Besonders wichtig und verpflichtend mitzuteilen)* ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, welches Notfallset?

Ist eine chronische Erkrankung oder Beeinträchtigung bekannt? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- ☐ ADHS
- ☐ Autismus-Spektrums-Störung
- ☐ Depression/Angst-/Anpassungsstörung
- ☐ Essstörung
- ☐ Lese-/Rechtschreibschwäche
- ☐ Rechenschwäche
- ☐ Sprachentwicklungsstörung/Artikulationsstörung
- ☐ Anfallsleiden/Epilepsie
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Herzfehler
- ☐ Zöliakie
- ☐ Cystische Fibrose
- ☐ chronisch entzündliche Darmerkrankung
- ☐ Asthma
- ☐ chronische Mittelohrentzündung
- ☐ Hörbeeinträchtigung
- ☐ Sehbeeinträchtigung
- ☐ chronisches Ekzem
- ☐ Sonstige:

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?

Gibt es Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen bereiten? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Körperliche Beschwerden:

- ☐ Kollapsneigung
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Übelkeit/Erbrechen
- ☐ starke Regelschmerzen
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Schnarchen/Atempausen

Auffälligkeiten:

- ☐ soziale Isolation/Rückzug/Schulverweigerung/Tics
- ☐ Aggressivität/Wutausbrüche
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Bettnässen/Einkoten

Suchtproblematiken:

- ☐ exzessiver Medienkonsum
- ☐ Alkohol/Drogen
- ☐ Sonstige:

Erfolgten Operationen in der Vergangenheit? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- ☐ Schielkorrektur
- ☐ Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen
- ☐ Mandeln/Polypen
- ☐ Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- ☐ Herz
- ☐ Darm (Blinddarm/andere Darm-OP)
- ☐ Bruch (Nabel/Leiste)
- ☐ Wirbelsäule
- ☐ Klumpfüße
- ☐ Sonstige:

Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung? *(Jahr)*

Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung? *(Jahr)*

Gibt es noch etwas, was Sie mir mitteilen möchten?

Ort/Datum

Unterschrift