# GESUNDHEITSBLATT

Schulkennzahl: ___ ___ ___ ___ ___ ___

Schüler/innenkennzahl: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

schulärztlicher Stempel:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _ _ Tag _ _ Monat _ _ Jahr

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Schuljahr:** | 20 __ __ / __ __ | __ __ / __ __ | __ __ / __ __ |
| **Schulstufe:** | __ __ | __ __ | __ __ |
| **Untersuchungsdatum:** | __ __ / __ __ / __ __ (TT MM JJ) | __ __ / __ __ / __ __ (TT MM JJ) | __ __ / __ __ / __ __ (TT MM JJ) |
| **Körpergröße:** | __ __ __ cm | __ __ __ cm | __ __ __ cm |
| **Gewicht:** | __ __ __ kg | __ __ __ kg | __ __ __ kg |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anamnese | **Asthma bronch.** (lt. Elternfragebogen) | ☐ nein | ☐ ja | Weiteres | ☐ nein | ☐ ja | Weiteres | ☐ nein | ☐ ja | Weiteres |
| | **Allergie** | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |
| | **Wespen-, Bienengift-allergie** | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |
| | **Diabetes mellitus** | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |
| Befunde | **Brille/Kontaktlinsen** | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |
| | **Schielen** | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |
| | **Visus** | ☐ 6/6 bds. | ☐ eins. herabgesetzt | ☐ bds. herabgesetzt | ☐ 6/6 bds. | ☐ einseitig herabgesetzt | ☐ beidseitig herabgesetzt | ☐ 6/6 bds. | ☐ einseitig herabgesetzt | ☐ beidseitig herabgesetzt |
| | **Hörvermögen** | ☐ o.B. | ☐ eins. vermindert | ☐ bds. vermindert | ☐ o.B. | ☐ einseitig vermindert | ☐ beidseitig vermindert | ☐ o.B. | ☐ einseitig vermindert | ☐ beidseitig vermindert |
| | **Sprachfehler** | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |
| | **Nase** | ☐ frei | ☐ Atmung chron. behindert | | ☐ frei | ☐ Atmung chron. behindert | | ☐ frei | ☐ Atmung chron. behindert | |
| | **Tonsillen** | ☐ o.B. | ☐ krankhaft verändert | ☐ entfernt | ☐ o.B. | ☐ krankhaft verändert | ☐ entfernt | ☐ o.B. | ☐ krankhaft verändert | ☐ entfernt |
| | **Zähne (Milch- u. bleib. Geb.)** | ☐ Unters. m. Spatel | ☐ Unters. m. Spiegel u. Sonde | | ☐ Unters. m. Spatel | ☐ Unters. m. Spiegel u. Sonde | | ☐ Unters. m. Spatel | ☐ Unters. m. Spiegel u. Sonde | |
| | | ☐ gesund | ☐ saniert | ☐ kariös | ☐ gesund | ☐ saniert | ☐ kariös | ☐ gesund | ☐ saniert | ☐ kariös |
| | **Gebissstellung** | ☐ o.B. | ☐ Fehlstellung in Behandl. | ☐ Fehlstellung o. Behandl. | ☐ o.B. | ☐ Fehlstellung in Behandl. | ☐ Fehlstellung o. Behandl. | ☐ o.B. | ☐ Fehlstellung in Behandl. | ☐ Fehlstellung o. Behandl. |
| | **Schilddrüse** | ☐ o.B. | ☐ nur tastbar vergrößert | ☐ sichtbar vergrößert | ☐ o.B. | ☐ nur tastbar vergrößert | ☐ sichtbar vergrößert | ☐ o.B. | ☐ nur tastbar vergrößert | ☐ sichtbar vergrößert |
| | **Haut** | ☐ o.B. | ☐ chron. Hautleiden | | ☐ o.B. | ☐ chron. Hautleiden | | ☐ o.B. | ☐ chron. Hautleiden | |
| | **Herz und Gefäße** | ☐ o.B. | ☐ org. Herz-, Gefäßerkr. | ☐ funkt. Herz-, Gefäßerkr. | ☐ o.B. | ☐ org. Herz-, Gefäßerkr. | ☐ funkt. Herz-, Gefäßerkr. | ☐ o.B. | ☐ org. Herz-, Gefäßerkr. | ☐ funkt. Herz-, Gefäßerkr. |
| | **Lunge** | ☐ o.B. | ☐ chron. rezid. Bronchitis | ☐ Asthma | ☐ o.B. | ☐ chron. rezid. Bronchitis | ☐ Asthma | ☐ o.B. | ☐ chron. rezid. Bronchitis | ☐ Asthma |
| | **Bauch** | ☐ o.B. | ☐ Hernien | ☐ sonstige Befunde | ☐ o.B. | ☐ Hernien | ☐ sonstige Befunde | ☐ o.B. | ☐ Hernien | ☐ sonstige Befunde |
| | **Wirbelsäule u. Brustkorb** | ☐ o.B. | ☐ Haltungsschwäche | ☐ Fehlform | ☐ o.B. | ☐ Haltungsschwäche | ☐ Fehlform | ☐ o.B. | ☐ Haltungsschwäche | ☐ Fehlform |
| | **Arme, Hände** | ☐ o.B. | ☐ Fehlform o. Funktionsbeh | ☐ Fehlform m. Funktionsbeh. | ☐ o.B. | ☐ Fehlform o. Funktionsbeh. | ☐ Fehlform m. Funktionsbeh. | ☐ o.B. | ☐ Fehlform o. Funktionsbeh. | ☐ Fehlform m. Funktionsbeh. |
| | **Beine, Füße** | ☐ o.B. | ☐ Fehlform o. Funktionsbeh | ☐ Fehlform m. Funktionsbeh. | ☐ o.B. | ☐ Fehlform o. Funktionsbeh. | ☐ Fehlform m. Funktionsbeh. | ☐ o.B. | ☐ Fehlform o. Funktionsbeh. | ☐ Fehlform m. Funktionsbeh. |
| | **Nervensystem** | ☐ o.B. | ☐ veget. u. psych. Labil. | ☐ organ. Nervenleiden | ☐ o.B. | ☐ veget. u. psych. Labil. | ☐ organ. Nervenleiden | ☐ o.B. | ☐ veget. u. psych. Labil. | ☐ organ. Nervenleiden |
| | **Medikamente** | ☐ nein | ☐ ja welche: | | ☐ nein | ☐ ja welche: | | ☐ nein | ☐ ja welche: | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **sonstige Befunde:** | | | **sonstige Befunde:** | | | **sonstige Befunde:** | | |
| weitere ärztliche Abklärung: | ☐ nein | ☐ ja | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |
| wegen: | | | wegen: | | | wegen: | | |
| zur Behandlung: | ☐ nein | ☐ ja | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |
| wegen: | | | wegen: | | | wegen: | | |
| für | ☐ bedingt geeignet | ☐ nicht geeignet | für | ☐ bedingt geeignet | ☐ nicht geeignet | für | ☐ bedingt geeignet | ☐ nicht geeignet |
| schulärztliche Überwachung: | ☐ nein | ☐ ja | ☐ nein | ☐ ja | | ☐ nein | ☐ ja | |

__ __ __ __ __ __ Schulkennzahl der derzeit besuchten Anstalt; nur auszufüllen nach Schulwechsel!