

# 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 (Schafblättern)  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)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS                                | <input type="checkbox"/> Lese-/Rechtschreibschwäche                     | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                     | <input type="checkbox"/> Asthma                         |
| <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrums-Störung          | <input type="checkbox"/> Rechenschwäche                                 | <input type="checkbox"/> Herzfehler                            | <input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angst-/Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung/Artikulationsstörung | <input type="checkbox"/> Zöliakie                              | <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung            |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                          | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie                        | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose                     | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung            |
|  |   | <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> 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:

Erfolgt Operationen in der Vergangenheit? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schielkorrektur                   | <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte      | <input type="checkbox"/> Bruch (Nabel/Leiste) |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> Herz                            | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule          |
| <input type="checkbox"/> Mandeln/Polypen                   | <input type="checkbox"/> Darm (Blinddarm/andere Darm-OP) | <input type="checkbox"/> 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

Liebe SchülerInnen!  
Sehr geehrte Eltern!

Von schulärztlicher Seite möchten wir dir/Ihnen einige wichtige Informationen mitteilen.

**Schulärztinnen:**

Dr. Barbara Gras, Dr. Sophie Marquez-Höretzeder

Erreichbarkeit und Sprechstunden für Eltern: siehe Homepage (Organisation/Beratung/Schularzt)  
Erreichbarkeit und Sprechstunden für SchülerInnen: siehe Aushang an der Schularztzimmertüre

**Untersuchungen:**

Alle SchülerInnen werden 1x im Schuljahr untersucht und über dabei festgestellte Auffälligkeiten informiert.

**Erste-Hilfe/Behandlungen:**

Im Notfall leisten wir Erste-Hilfe. Behandlungen sind SchulärztInnen nicht erlaubt.

Achtung: ein Besuch bei uns Schulärztinnen ersetzt nicht den Besuch beim Hausarzt/Kinderarzt/im Krankenhaus! Dies gilt im Erkrankungs- oder Verletzungsfall, auch wenn wir Erste-Hilfe geleistet haben.

**Turnbefreiungen/Schonungen:**

Wenn du eine Woche nicht mitturnen darfst, benötigst du eine Entschuldigung deiner Eltern.

Wer länger als eine Woche nicht mitturnen darf, benötigt eine schulärztliche Turnbefreiung.

Sobald du weißt, dass du eine Turnbefreiung benötigst, komm mit Befunden/Bestätigungen in der zweiten Pause (= die große Pause von 09:45 bis 10:00) zu uns. Rückwirkend können wir keine Turnbefreiungen ausstellen.

Auch Schonungen sind in der zweiten Pause erhältlich.

**Impfungen:**

Die Impfungen des Gratskinderimpfprogramms kannst du/können Sie in den Impfstellen der MA 15/Bezirksgesundheitsämtern und bei den am Kinderimpfkonzept teilnehmenden ÄrztInnen durchführen lassen.

In der Schule werden zurzeit keine Impfungen angeboten.

Da die SchülerInnen auch im Freien unterrichtet werden (Bewegung und Sport, Lehrausgänge, etc.), empfehlen wir auf den entsprechenden FSME-Impfschutz (= Zeckenimpfschutz) zu achten.

**Chronische Erkrankungen:**

Sollte Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung (z.B. Asthma, Epilepsie, Diabetes, Rheuma, etc.) oder an einer bedrohlichen Allergie (z.B. Nahrungsmittel-, Insektenstich- oder Medikamentenallergie) leiden, kontaktieren Sie uns bitte (Tel.: 01/2947170-14). Nur dann können wir gemeinsam für eine bestmögliche medizinische Betreuung in der Schule sorgen.

**Elternfragebogen:**

Die SchülerInnen der 1. Klassen sowie der 5. Klasse ORG erhalten bei Schuleintritt einen Elternfragebogen. Bitte füllen Sie den Elternfragebogen aus und geben Sie diesen Ihrem Kind wieder in die Schule mit. Schreiben Sie bitte Name und Klasse Ihres Kindes auf das Kuvert, wenn Sie den Elternfragebogen in einem Kuvert abgeben. Bei uns Schulärztinnen sind neue Elternfragebögen erhältlich, sollte sich im Laufe der Schulkarriere etwas ändern (z.B. neu aufgetretenes Asthma, Anfallsleiden, etc.).

Wir wünschen dir/Ihnen ein erfolgreiches und gesundes Schuljahr!

Dr. Barbara Gras und Dr. Sophie Marquez-Höretzeder

