

Medizinischer Fragebogen

Die Eltern werden gebeten, diesen medizinischen Fragebogen manuell in Druckbuchstaben oder am Computer auszufüllen.

Bitte senden Sie den vollständig beantworteten medizinischen Fragebogen und die ärztliche Bestätigung in einem verschlossenen Briefumschlag an die iDSP und kennzeichnen Sie diesen Umschlag mit dem Vermerk „Medizinischer Fragebogen“.

Name

Vorname

Geburtstag

Geschlecht

Klasse

Anschrift

Telefon

Welche Krankheiten hatte das Kind?

Masern Keuchhusten Windpocken Mumps Röteln Scharlach Diphtherie

Zutreffendes ankreuzen (freiwillige Angaben).

Besonderheiten (z.B. Allergien, Diabetes)

Unfälle

Operationen

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bestätigung

Die ärztliche Bestätigung bescheinigt die erfolgte Untersuchung und Überprüfung (evtl. Nachimpfung) der Vollständigkeit und Gültigkeit der Impfungen.

Bitte senden Sie den vollständig beantworteten medizinischen Fragebogen und die ärztliche Bestätigung in einem verschlossenen Briefumschlag an die iDSP und kennzeichnen Sie diesen Umschlag mit dem Vermerk „Medizinischer Fragebogen“.

Bei dem/der Schüler(in) _____ der Klasse _____

wurden folgende Untersuchungen vorgenommen :

der Augen des Gehörs des allgemeinen Gesundheitszustandes

Gegen die Teilnahme am Sport-Schwimmunterricht bestehen keine Bedenken.

Der/die Schüler(in) kann nicht am Sport-Schwimmunterricht teilnehmen (ärztliches Attest beilegen).

Impfungen (bitte Datum angeben):

Diphtherie _____

Tetanus _____

Polio _____

Tuberkulintest (nur Risikogruppen) _____

Sind gültig ja nein wurden aufgefrischt ja nein

Ort, Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes _____