

# GESUNDHEITSBLATT

Schulkennzahl: \_\_\_\_\_

Schüler/innenkennzahl: \_\_\_\_\_

 schulärztlicher Stempel: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Familienname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Tag                      Monat                      Jahr  
 Geschlecht:                       weiblich                       männlich

**Schuljahr:** 20 \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Schulstufe:** \_\_\_\_  
**Untersuchungsdatum:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 TT                      MM                      JJ  
**Körpergröße:** \_\_\_\_ cm  
**Gewicht:** \_\_\_\_ kg

 \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 \_\_\_\_  
 TT \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 TT                      MM                      JJ  
 \_\_\_\_ cm  
 \_\_\_\_ kg

 \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 \_\_\_\_  
 TT \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 TT                      MM                      JJ  
 \_\_\_\_ cm  
 \_\_\_\_ kg

**Anamnese**  
**Asthma bronch.**  nein  ja Weiteres \_\_\_\_\_  
**Allergie**  nein  ja  
**Wespen-, Bienenstichallergie**  nein  ja  
**Diabetes mellitus**  nein  ja  
lt. Elternfragebogen
 nein  ja Weiteres \_\_\_\_\_  
 nein  ja  
 nein  ja  
 nein  ja

 nein  ja Weiteres \_\_\_\_\_  
 nein  ja  
 nein  ja  
 nein  ja

**Brille/Kontaktlinsen**  nein  ja  
**Schielen**  nein  ja  
**Visus**  6/6 bds.  eins.  bds. herabgesetzt  
**Hörvermögen**  o.B.  eins. vermindert  bds. vermindert

 nein  ja  
 nein  ja  
 6/6 bds.  einseitig herabgesetzt  beidseitig herabgesetzt  
 o.B.  einseitig vermindert  beidseitig vermindert

 nein  ja  
 nein  ja  
 6/6 bds.  einseitig herabgesetzt  beidseitig herabgesetzt  
 o.B.  einseitig vermindert  beidseitig vermindert

**Sprachfehler**  nein  ja  
**Nase**  frei  Atmung chron. behindert  
**Tonsillen**  o.B.  krankhaft verändert  entfernt  
**Zähne (Milch- u. bleib. Geb.)**  Unters. m. Spatel  Unters. m. Spiegel u. Sonde  
 gesund  saniert  kariös

 nein  ja  
 frei  Atmung chron. behindert  
 o.B.  krankhaft verändert  entfernt  
 Unters. m. Spatel  Unters. m. Spiegel u. Sonde  
 gesund  saniert  kariös

 nein  ja  
 frei  Atmung chron. behindert  
 o.B.  krankhaft verändert  entfernt  
 Unters. m. Spatel  Unters. m. Spiegel u. Sonde  
 gesund  saniert  kariös

**Gebissstellung**  o.B.  Fehlstellung in Behandl.  Fehlstellung o. Behandl.  
**Schildrüse**  o.B.  nur tastbar vergrößert  sichtbar vergrößert  
**Haut**  o.B.  chron. Hautleiden  
**Herz und Gefäße**  o.B.  org. Herz-, Gefäßerkr.  funkt. Herz-, Gefäßerkr.  
**Lunge**  o.B.  chron. rezid. Bronchitis  Asthma  
**Bauch**  o.B.  Hernien  sonstige Befunde

 o.B.  Fehlstellung in Behandl.  Fehlstellung o. Behandl.  
 o.B.  nur tastbar vergrößert  sichtbar vergrößert  
 o.B.  chron. Hautleiden  
 o.B.  org. Herz-, Gefäßerkr.  funkt. Herz-, Gefäßerkr.  
 o.B.  chron. rezid. Bronchitis  Asthma  
 o.B.  Hernien  sonstige Befunde

 o.B.  Fehlstellung in Behandl.  Fehlstellung o. Behandl.  
 o.B.  nur tastbar vergrößert  sichtbar vergrößert  
 o.B.  chron. Hautleiden  
 o.B.  org. Herz-, Gefäßerkr.  funkt. Herz-, Gefäßerkr.  
 o.B.  chron. rezid. Bronchitis  Asthma  
 o.B.  Hernien  sonstige Befunde

**Wirbelsäule u. Brustkorb**  o.B.  Haltungsschwäche  Fehlform  
**Arme, Hände, Beine, Füße**  o.B.  Fehlform o. Funktionsbeh.  Fehlform m. Funktionsbeh.  
**Nervensystem**  o.B.  veget. u. psych. Labil.  organ. Nervenleiden

 o.B.  Haltungsschwäche  Fehlform  
 o.B.  Fehlform o. Funktionsbeh.  Fehlform m. Funktionsbeh.  
 o.B.  veget. u. psych. Labil.  organ. Nervenleiden

 o.B.  Haltungsschwäche  Fehlform  
 o.B.  Fehlform o. Funktionsbeh.  Fehlform m. Funktionsbeh.  
 o.B.  veget. u. psych. Labil.  organ. Nervenleiden

**Medikamente**  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

 nein  ja welche: \_\_\_\_\_

 nein  ja welche: \_\_\_\_\_

**sonstige Befunde:**  
 weitere ärztliche Abklärung:  nein  ja  
 wegen: \_\_\_\_\_  
 zur Behandlung:  nein  ja  
 wegen: \_\_\_\_\_  
 für \_\_\_\_\_  bedingt geeignet  nicht geeignet  
 schulärztliche Überwachung:  nein  ja

**sonstige Befunde:**  
 nein  ja  
 wegen: \_\_\_\_\_  
 nein  ja  
 wegen: \_\_\_\_\_  
 für \_\_\_\_\_  bedingt geeignet  nicht geeignet  
 nein  ja

**sonstige Befunde:**  
 nein  ja  
 wegen: \_\_\_\_\_  
 nein  ja  
 wegen: \_\_\_\_\_  
 für \_\_\_\_\_  bedingt geeignet  nicht geeignet  
 nein  ja

\_\_\_\_\_ Schulkennzahl der derzeit besuchten Anstalt; nur auszufüllen nach Schulwechsel!