

ARZT-FRAGEBOGEN

STRENG VERTRAULICH!
NUR FÜR DEN SCHULARZT BESTIMMT (kann von Ihnen ausgefüllt werden)

Familiename		Vorname		Geschlecht	
Adresse				Krankenkasse	
Sozialversicherungsnummer/Geburtsdatum		Geburtsort		Staatsbürgerschaft	
Familienangehörige	Geburtsdatum	Beruf	Gesund ja/nein	Krankenkasse	
Vater					
Mutter					
Geschwister					

Bestehen Körperfehler seit der Geburt: ja/nein

Körpergröße:	Körpergewicht:
--------------	----------------

Brillenträger ja/nein welche Dioptrie:

DURCHGEMACHTE KRANKHEITEN (mit Jahresangabe)

Häufige Anginen	Epilepsie
Darmkrankheiten	Hoher Blutdruck
Herzbeschwerden	Krampfadern
Diabetes mellitus	Nervöse Störungen
Asthma	Rheumatische Erkrankungen
Magenkrankheiten	sonstige schwere Erkrankungen
Allergien (Ekzeme, Heuschnupfen)	

OPERATIONEN (Jahr und Art der Operation wie Mandeloperation, Blinddarm etc.)

IMPFUNGEN gegen (mit Jahresangabe)

Tuberkulose BCG Kinderlähmung Tetanus
Diphtherie Pocken



--	--	--	--