

# Gesundheitsblatt

Schulkennzahl: □□□□□□  
Schularztstempel:

Schülerinnenkennzahl/Schülerkennzahl: □□□□□□□□□□□□  
Familiennamenname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: □□ □□ □□ Geschlecht: männlich  weiblich   
Tag Monat Jahr

Schuljahr 20□□/□□

Schulstufe: □□

Untersuchungsdatum: □□ □□ □□

Körpergröße: □□□ (cm) /Gewicht: □□□ (kg)

Tag Monat Jahr

## Anamnese laut Elternfragebogen

Asthma bronch.: ja  nein  Epilepsie: ja  nein   
Allergie ja  nein  Weiteres:  
Diabetes mellitus: ja  nein

## Befunde

Brillenräger: ja  nein   
Schielen: ja  nein   
Visus: 6/6 bds.  einseitig herabgesetzt  beidseitig herabgesetzt   
Hörvermögen o.B.  einseitig behindert  beidseitig behindert   
Sprachfehler: ja  nein   
Nase: frei  Atmung chron. behindert   
Tonsillen: o.B.  krankhaft verändert  entfernt   
Zähne: Untersuchung mit Spatel  Untersuchung mit Spiegel u. Sonde   
(Milch- u. bleib.Geb.) gesund  saniert  kariös   
Gebissstellung: o.B.  Fehlstellung in Behandl.  Fehlstellung o. Behandlung   
Schilddrüse: o.B.  nur tastbar vergrößert  sichtbar vergrößert   
Haut: o.B.  chron. Hautleiden   
Herz- und Gefäße: o.B.  org. Herz- u. Gefäßerkrankung  funkt. Herz- u. Gefäßerkrankung   
Lunge: o.B.  chron. rezid. Bronchitis  Asthma   
Bauch: o.B.  Hernien  sonstige Befunde   
Wirbelsäule u. Brustkorb: o.B.  Haltungsschwäche  Fehlförm   
Arme, Hände: o.B.  Fehlförm o. Funktionsbeh.  Fehlförm m. Funktionsbeh.   
Beine, Füße: o.B.  Fehlförm o. Funktionsbeh.  Fehlförm m. Funktionsbeh.   
Nervensystem: o.B.  veget. und psych. Labil.  organ. Nervenleiden

## Sonstige Befunde:

Weitere ärztl. Abklärung:  NEIN  JA  
wegen \_\_\_\_\_  
Zur Behandlung:  NEIN  JA  
wegen \_\_\_\_\_

Für \_\_\_\_\_ bedingt geeignet  nicht geeignet

Schulärztliche Überwachung:  NEIN  JA

□□□□□□□□□□ Schülerkennzahl der derzeit besuchten Anstalt:  
nur ausfüllen nach Schulwechsel!