

GESUNDHEITSBLATT

Schulkennzahl: _____

Schüler/Innenkennzahl: _____

 schulärztlicher Stempel: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tag _____ Monat _____ Jahr

 Geschlecht: weiblich männlich

Schuljahr: 20 ____ / ____
Schulstufe: ____
Untersuchungsdatum: ____ / ____ / ____
TT MM JJ

 ____ / ____

 ____ / ____ / ____
TT MM JJ

 ____ / ____

 ____ / ____ / ____
TT MM JJ
Körpergröße: ____ cm
Gewicht: ____ kg

 ____ cm
 ____ kg

 ____ cm
 ____ kg

Anamnese	Asthma bronch. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres _____ Allergie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wespen-, Bienen-, allergie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Brille/Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schiel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Visus <input type="checkbox"/> 6/6 bds. <input type="checkbox"/> elns. <input type="checkbox"/> bds. herabge- herabgesetzt <input type="checkbox"/> bds. herabge- setzt Hörvermögen <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> elns. <input type="checkbox"/> bds. vermindert <input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 6/6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> herabgesetzt <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig vermindert <input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 6/6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> herabgesetzt <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig vermindert <input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 6/6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> herabgesetzt <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig vermindert <input type="checkbox"/> vermindert
Befunde	Sprachfehler <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nase <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert Tonsillen <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> krankhaft <input type="checkbox"/> entfernt verändert Zähne (Milch- u. bleib. Geb.) <input type="checkbox"/> Unters. m. <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel Spiegel u. Sonde <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> krankhaft <input type="checkbox"/> entfernt verändert <input type="checkbox"/> Unters. m. <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel Spiegel u. Sonde <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> krankhaft <input type="checkbox"/> entfernt verändert <input type="checkbox"/> Unters. m. <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel Spiegel u. Sonde <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> krankhaft <input type="checkbox"/> entfernt verändert <input type="checkbox"/> Unters. m. <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel Spiegel u. Sonde <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös
	Gebissstellung <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. o. Behandl. Schilddrüse <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> nur tastbar <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert vergrößert Haut <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> chron. <input type="checkbox"/> Hautleiden Herz und Gefäße <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> org. Herz-, <input type="checkbox"/> funkt. Herz-, Gefäßerkr. Gefäßerkr. Lunge <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. <input type="checkbox"/> Asthma Bauch <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> sonstige Befunde	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. Behandl. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> nur tastbar <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert vergrößert <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> chron. <input type="checkbox"/> Hautleiden <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> org. Herz-, <input type="checkbox"/> funkt. Herz-, Gefäßerkr. Gefäßerkr. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> sonstige Befunde	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. Behandl. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> nur tastbar <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert vergrößert <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> chron. <input type="checkbox"/> Hautleiden <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> org. Herz-, <input type="checkbox"/> funkt. Herz-, Gefäßerkr. Gefäßerkr. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> sonstige Befunde	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. Behandl. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> nur tastbar <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert vergrößert <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> chron. <input type="checkbox"/> Hautleiden <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> org. Herz-, <input type="checkbox"/> funkt. Herz-, Gefäßerkr. Gefäßerkr. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> sonstige Befunde
Wirbelsäule u. Brustkorb <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm Arme, Hände <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. Funktionsbeh. Beine, Füße <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. Funktionsbeh. Nervensystem <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> veget. u. <input type="checkbox"/> organ. psych. Labil. Nervenleiden	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> veget. u. <input type="checkbox"/> organ. psych. Labil. Nervenleiden	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> veget. u. <input type="checkbox"/> organ. psych. Labil. Nervenleiden	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Fehlförm o. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> veget. u. <input type="checkbox"/> organ. psych. Labil. Nervenleiden	
Medikamente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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:
 weitere ärztliche Abklärung: nein ja
 wegen: _____
 zur Behandlung: nein ja
 wegen: _____
 für _____ bedingt geeignet nicht geeignet
 schulärztliche Überwachung: nein ja

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

Schulkennzahl der derzeit besuchten Anstalt; nur auszufüllen nach Schulwechsel!