



SCHULHOTEL ZELLERHOF
6280 Zell am Ziller
Bahnhofstraße 3.
+43 5282 51 601
info@schulhotel-zellerhof.at



FRAGEBOGEN – GESUNDHEIT

NAME DES KINDES:

GEBURTSDATUM:

NAME DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:

LIEBE ELTERN!

IHRE ANGABEN WERDEN STRENG VERTRAULICH BEHANDELT UND SOLLTEN IM INTERESSE IHRES KINDES ÜBERMITTELT WERDEN. EIN VOLLSTÄNDIGES AUSFÜLLEN ERLEICHTERT DIE ARBEIT IM ALLTAG UND IN KRISENSITUATIONEN.

IST DER SCHÜLER ZUCKERKRANK? JA NEIN
HAT DER SCHÜLER LAKTOSEINTOLERANZ? JA NEIN
HAT DER SCHÜLER EINE GLUTEN UNVERTRÄGLICHKEIT? JA NEIN

BEKANNTE ALLERGIEN, WENN JA, WELCHE? _____

REGELMÄßIGE MEDIKAMENTENEINNAHME, WENN JA, WELCHE? _____

BESTEHT IM BESONDEREN:

ASTHMA BRONCHIALE	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
HÄUFIGER KOPFSCHMERZ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
MITTELOHRENTZÜNDG	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
SEHFEHLER	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
OHNMACHTSNEIGUNG	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
HÖRFEHLER	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
SPRACHFEHLER	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
ANFALLSLEIDEN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

AUFFÄLLIGKEITEN (SCHLAFLOSIGKEIT, VERSTÄRKTES SCHNARCHEN, BETTNÄSSEN, HÄUFIGES ERBRECHEN USW.) JA NEIN

BESTANDEN ODER BESTEHEN ANDERE KRANKHEITEN, WIE HÄUFIGE HALSENTZÜNDUNGEN, GELENKSENTZÜNDUNGEN, ANGEBORENE FEHLBILDUNGEN, ERKRANKUNGEN AN HERZ-KREISLAUF, MAGEN, DARM, LUNGE, NIERE, HARNWEGEN, HAUT, NERVENSYSTEM. BITTE ZUTREFFENDES UNTERSTREICHEN. NÄHERE ANGABEN:

OPERATION ODER BLEIBENDE UNFALLFOLGEN: _____

