



5. Warst Du / War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus oder zur Kur?  Nein  JA

Wenn Ja, weshalb, wann und wo?

---

---

---

6. Hattest Du / Hatte Ihr Kind ernste Erkrankungen, Unfälle oder/und Operationen an einem der folgenden Organe?

	Nein	Ja	Welche und wann?
Kopf (Augen, Nase, Ohren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gehirn/Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochen und Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber / Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blut/Knochenmark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unterleib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

7. Leidest Du / Leidet Ihr Kind an einer der folgenden chronischen Erkrankungen?

	Nein	Ja	Seit (und ggf. Erläuterungen)
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 8. Benötigst Du / Benötigt Ihr Kind:

- |                      | Nein                     | Ja                       |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Eine Brille        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ein Hörgerät       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einen Rollstuhl    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Unterarmgehilfen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 9. Hattest Du / Hatte Ihr Kind schon einmal Probleme in der Schule wegen:

- |                                 | Nein                     | Ja                       |                     | Nein                     | Ja                       |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.1. Konzentrationsstörungen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9.4. Rechenschwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.2. ADS / ADHS                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9.5. Überforderung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3. Lese-Rechtschreib-Schwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9.6. Mobbing        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Du / Sie dazu etwas erläutern möchten: \_\_\_\_\_

---

---

10. Machst Du / Macht Ihr Kind regelmäßig Sport ( z. B. in einem Sportverein)?  Nein  JA

Wenn Ja, welche Sportarten und wie oft? \_\_\_\_\_

---

---

Ort, Datum

Unterschrift des Schülers/ Jugendlichen oder der Eltern

Bitte schicke / Bitte schicken Sie alle vorhandenen Unterlagen (Arzt und Krankenhausberichte, Röntgenbilder, Laborbefunde, etc.), die Deine Gesundheitsstörung / die Gesundheitsstörung Ihres Kindes betreffen zusammen mit diesem ausgefüllten Fragebogen an die Schule, bzw. die Stelle, an der Du / Sie den Antrag gestellt hast / haben.

Sofern bei Punkt 9.1. oder 9.2, oder 9.3 oder 9.4 „Ja“ angekreuzt wurde, ist ein kinder- und jugendpsychiatrischer Befund oder ein Befund des Sozialpädiatrischen Zentrums beizufügen.

### Bitte beachten Sie:

**Erst wenn alle Unterlagen vorliegen, kann im Gesundheitsamt entschieden werden, welche Art der Untersuchung erforderlich ist, sodass Sie einen Termin bekommen!**