



Gesundheitsfragebogen

Bundesinstitut für Gehörlosenbildung

Maygasse 25

1130 Wien

01-804 63 64 – 31

Krankenstation

Name des Kindes

**Wir haben ein gemeinsames Ziel –
Die Gesundheit und das Wohlergehen
„UNSERER“ Kinder!!!**

Liebe Eltern, Erziehungsberechtigte, Schülerinnen und Schüler!

Als Schulärztin / Schularzt ist mir die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler ein wichtiges Anliegen. Ich führe die jährliche Untersuchung durch, begleite Kinder und Jugendliche an der Schule bei akuten und chronischen Erkrankungen und stehe bei gesundheitlichen Fragen gerne zur Verfügung.

Der Anamnesebogen liefert wichtige Informationen für die Untersuchung und weitere Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus. Geben Sie den Fragebogen in einem verschlossenen Kuvert Ihrem Kind für die schulärztliche Untersuchung mit oder geben Sie ihn bei der Untersuchung ab. Der Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Der Inhalt wird nicht an die Schulleitung oder an das Lehrpersonal weitergegeben.

Im Rahmen der jährlichen schulärztlichen Untersuchung findet ein Gespräch statt. Im Anschluss daran erfolgen die eigentliche Untersuchung und ggf. ein beratendes Gespräch zur individuellen gesundheitlichen Situation. Neben der Feststellung des Gewichts und der Körpergröße werden beispielsweise Augen und Sehkraft, Hals-Nasen-Ohrenbereich, Zähne und Gebiss, Haut, Haare und Nägel, Lunge, Bauch, Wirbelsäule / Brustkorb oder Motorik untersucht. Eine Untersuchung des Genitalbereichs ist keine schulärztliche Tätigkeit. Schulärztinnen / -ärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die Ergebnisse der Untersuchung werden unter Wahrung des Datenschutzes, ggf. auch elektronisch, festgehalten. Bei Bedarf kann ein Auszug der Untersuchungsergebnisse erstellt werden. Bei Auffälligkeiten werden Sie informiert.

Zur jährlichen Untersuchung gehört auch eine Kontrolle des Impfpasses. Es ist ein kostenloser Service, um Sie hinsichtlich des aktuellen Impfstatus zu beraten. Impfungen selbst sind kein Bestandteil der Schuluntersuchung. Sollten Sie Fragen zur jährlichen schulärztlichen Untersuchung sowie zu meiner Tätigkeit als Schulärztin / Schularzt haben oder sich Sorgen um die körperliche Gesundheit oder das psychische Wohlbefinden machen, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf.

Vielen Dank!

Ihre Schulärztin

Name: Dr.in Alexandra Lang-Adolph
Telefonnummer: 01 804 63 64 31
E-Mail-Adresse: krankenstation@gmx.at
Anwesenheit an der Schule: Do und Fr von 08:30 – 14:30

Sonstiges:

Bitte unbedingt mitschicken:

- Impfpass
- Arztbefunde
- Wenn Medikamente in der Schule/im Hort/im Internat einzunehmen sind bitt um einen Arztbrief mit der Verordnung

Sie bekommen alle Unterlagen umgehend wieder retour.



Familiensituation:

Bezugsperson: _____

Geschwister: _____

Eltern: verheiratet, Lebensgemeinschaft geschieden getrennt

Krankheiten in der Familie:

Vater: _____

Ohne Einverständniserklärung des Erziehungsbevollmächtigten darf keine medizinische Betreuung/Behandlung am Schulort durch Arzt oder diplomiertes Krankenpflegepersonal durchgeführt werden.

Einverständniserklärung Betreuung und/oder Behandlung Ihres Kindes bei Krankheit:

Für den Fall einer Erkrankung meines Kindes erkläre ich mich mit einer Betreuung durch die Schulärztin, Dr. Alexandra Lang-Adolph (Ärztin für Allgemeinmedizin) bzw. der Versorgung durch das diplomierte Krankenpflegepersonal des BIG einverstanden.

Sollte durch eine Erkrankung die Teilnahme am Unterricht nicht mehr möglich sein, trage ich die Verantwortung, dass mein Kind entweder von mir oder einer von mit beauftragten ERWACHSENEN Person abgeholt wird.

Ich bin mit der Betreuung durch den Arzt oder das Krankenpflegepersonal nicht einverstanden (ausgenommen Erste-Hilfe-Leistung). Ich werde im Bedarfsfall mein Kind abholen bzw. mich selbst um ärztliche Hilfe kümmern.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anamnesebogen

Persönliche Angaben:

Schulklasse: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJ): _____

Familiennachname: _____ Ausfülldatum (TT.MM.JJ): _____

Geschlecht männlich weiblich divers inter offen keine Angabe

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname: _____ Telefonnummer: _____

Familiennachname: _____ E-Mail-Adresse: _____

Adresse: _____

Erziehungsberechtigte

Vorname: _____ Telefonnummer: _____

Familiennachname: _____ E-Mail-Adresse: _____

Adresse: _____

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? (Zutreffendes bitte ankreuzen) Deutsch Sonstige: _____

Gibt es körperliche oder psychische familiäre Erkrankungen (Eltern und Geschwister)? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Welche Infektionskrankheiten wurden durchgemacht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Masern Mumps Röteln Keuchhusten

Windpocke (Schafblatter) Hepatitis Tuberkulose

Sonstige: _____

Sind Allergien und / oder Unverträglichkeiten bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Biene Wespe Medikamente Nahrungsmittel Tiere

Pollen Chlor Nickel Hausstaubmilbe

Sonstige: _____



Wird ein Notfallset mitgeführt? (Besonders wichtig und verpflichtend mitzuteilen)

ja nein

Wenn ja, welches Notfallset?

Ist eine chronische Erkrankung oder Beeinträchtigung bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Lese-/Rechtschreibschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrums-Störung | <input type="checkbox"/> Rechenschwäche | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Depression /Angst- / Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung / Artikulationsstörung | <input type="checkbox"/> Zöliakie | <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung |
| | <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> chronisches Ekzem | |

Sonstige:

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?

Gibt es Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen bereiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Körperliche Beschwerden:

- Kollapsneigung
- Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen Übelkeit / Erbrechen
- starke Regelschmerzen
- Schlafstörungen
- Schnarchen /Atempausen

Auffälligkeiten:

- soziale Isolation / Rückzug / Schulverweigerung /Tics
- Aggressivität / Wutausbrüche
- Stimmungsschwankungen
- Bettnässen / Einkoten

Suchtproblematiken:

- exzessiver Medienkonsum
- Alkohol / Drogen

Sonstige:

Erfolgt Operationen in der Vergangenheit? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schielkorrektur | <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte | <input type="checkbox"/> Bruch (Nabel / Leiste) |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellschnitt/Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Mandel / Polypen | <input type="checkbox"/> Darm (Blinddarm/andere Darm-OP) | <input type="checkbox"/> Klumpfüße |

Sonstige:

Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung? (Jahr)

Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung? (Jahr)

Gibt es noch etwas, was Sie mir mitteilen möchten?

Ort/Datum

Unterschrift

Im Notfall zu verständigen:

Name : _____ Nummer: _____

Name : _____ Nummer: _____

Name : _____ Nummer: _____

Weitere gesundheitliche Angaben zum Kind:

Sehhilfen: Brille Kontaktlinsen

Hörgerät: Re Li CI: Re Li

Ursache der Hörbeeinträchtigung:

Verständigung durch:

Lautsprache Gebärdensprache Gestik

Andere Arten:

Zahnsperre: Ja Nein



Dr. Alexandra Lang-Adolph
1130 Wien, Maygasse 25
Tel.: 01/8046364 - 31
Mail: alexandra.lang-adolph@bildung.gv.at

Sehr geehrte Eltern! Liebe SchülerInnen!

Ich darf Sie/Euch als Schulärztin ganz herzlich an unserer Schule begrüßen!

Meine Zeiten am Institut sind immer Donnerstag und Freitag von 08.30 – 14.30.

Während dieser Zeit gilt es Notfälle zu behandeln und Reihenuntersuchungen bei den Kindern durchzuführen. Sollten Sie aber ein persönliches Gespräch vereinbaren wollen, bitte ich Sie dies jederzeit telefonisch oder per mail zu tun.

Kinder, die neu an der Schule sind, werde ich demnächst bei einer Erstuntersuchung kennenlernen und bitte Sie, mir dazu wichtige gesundheitliche Informationen und fachärztliche Befunde zukommen zu lassen, sowie den entsprechenden Elterngesundheitsbogen genau auszufüllen.

Aufgrund der oft speziellen Bedürfnisse Ihres Kindes, bitte ich Sie auch, eine oder mehrere Telefonnummern anzugeben unter der ich sicher jemanden erreichen kann.

Weiters ersuche ich Sie, wenn neuerliche Befunde erhoben werden, diese auch mir zukommen zu lassen, um bei einem Notfall oder Krankheitsfall richtig handeln zu können. Dies gilt auch für dauerhafte Medikamentenverordnung.

Neben der notwendigen Notfallmedikation verwende ich aber auch schmerzstillende Medikamente, z.B. bei starken Kopfschmerzen, Regelbeschwerden. Sollten Sie dies auf keinen Fall wünschen, bitte ich Sie dies unbedingt auf dem Anamnesebogen zu vermerken.

Eine Letzte Bitte: um eine längere Turnbefreiung ausstellen zu können, bedarf es unbedingt einer fachärztlichen Bestätigung bzw. eines Befundes und der persönlichen Vorstellung der Schülerin/des Schülers bei mit.

Ich hoffe auf eine gute Zusammenarbeit und verbleibe
mit freundlichen Grüßen

Dr. Alexandra Lang-Adolph



Sehr geehrte Eltern!

Das Behandlungsteam des BIG – Bundesinstitut für Gehörlosenbildung - ersucht Sie höflich, wichtige **medizinische, therapeutische wie psychologische oder andere Befunde** Ihr Kind betreffen, in einem verschlossenen Kuvert an den jeweils Zuständigen weiterzugeben.

Weiters bitten wir Sie um Ihr **Einverständnis**, dass Befunde, die wichtige Informationen Ihr Kind betreffend, beinhalten, vom **gesamten Betreuungsteam** eingesehen werden dürfen, soweit Sie dem Therapieprozess dienen.

Um wichtige Informationen von anderen, Ihr Kind betreuenden Stellen (Krankenhaus, Ambulatorium, Therapeuten, usw.) einholen zu dürfen, bitten wir Sie ebenso um Ihre **Zustimmung**.

Nur ein reger Austausch kann ein vollständiges Bild hinsichtlich Therapiemöglichkeiten ergeben.

Alle hier Arbeitenden sind sich der Diskretion im Umgang mit persönlichen gesundheitlichen Informationen bewusst.

Wir danken Ihnen für die Zusammenarbeit!

Jederzeit freuen wir uns über ein persönliches Gespräch neue Befunde betreffend.

Nur so können alle zu einem positiven Entwicklungsprozess für ihr Kind beitragen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Alexandra Lang – Adolph
Schulärztin

Einverständniserklärung Befundeinsicht:

Datum: _____

JA NEIN

Name des Kindes: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift : _____





Liebe Eltern!

Im Falle einer Erkrankung Ihres Kindes ersuchen wir um folgendes **Vorgehen**:

1. Nach der Verständigung durch das Pflegepersonal über die Erkrankung Ihres Kindes, ist dieses, so rasch wie Ihnen möglich, von Ihnen persönlich oder einer von Ihnen beauftragten **volljährigen Person** von der Krankenstation des BIG abzuholen.
2. Sollte Ihr Kind nach der Gesundung beim erneuten Schulbesuch noch Medikamente benötigen, ist eine Bestätigung vom Kinderarzt bzw. Praktischen Arzt mitzunehmen, dass ein Schulbesuch wieder möglich ist. Weiter ein entsprechende Medikamentenvorschreibung mit genauer Angabe des Medikamentes und genauen Art der Einnahme. Ansonsten kann das jeweilige Medikament nicht verabreicht werden.
3. Bei Parasitenbefall (Läuse, Milben, Flöhe) ist Ihr Kind umgehend abzuholen und ein Nachweis über die Behandlung in der Desinfektionsanstalt der Stadt Wien (1110 Wien, Rappachgasse 40 – MO, MI, FR 7-11.30h DI, DO 7-13h), bzw. Eine Bestätigung vom niedergelassenen Kinderfacharzt, in die Schule mitzubringen.
4. Bei Dauermedikation bedarf es einer **aktuellen** Vorschreibung durch den behandelnden Arzt. Jede Änderung bitte **unbedingt** auf der Krankenstation und allen betreuenden Personen bekanntgeben.
5. Noch eine dringende Bitte: Kranke Kinder bitte **nicht** in die Schule schicken!

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Tel: 01/8046364/31 FAX: 07/8046364/81

SMS: 0664/7820898 Mail: krankenstation@gmx.at

NAME: _____

Zur Kenntnis genommen. Unterschrift: _____



Sehr geehrte Eltern!

Bei einem etwaigen Schulwechsel Ihres Kindes, ersuchen wir um Ihr Einverständnis, die von uns erhobenen Gesundheitsdaten verschlossen an den jeweiligen dort zuständigen Schularzt weiterschicken zu dürfen

Dr. Alexandra Lang-Adolph

Schulärztin BIG

Name des Kindes: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

einverstanden

nicht einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift

