

GESUNDHEITSBOGEN

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:	ja	nein
Häufige Anginen	0	0
Schwerer grippaler Infekt in letzter Zeit	0	0
Operationen (wenn ja – welche u. wann?)	0	0
Allergien (wenn ja –welche?)	0	0
<hr/>		
Chlorwasserunverträglichkeit	0	0
Erkrankungen der Ohren	0	0
Asthma	0	0
Kollapsneigung	0	0
Bluthochdruck	0	0
Herz- oder Gefäßerkrankungen (wenn ja, welche)	0	0
<hr/>		
Epileptische Anfälle	0	0
Nieren- oder Harnwegerkrankungen	0	0
Zuckerkrankheit	0	0
Schilddrüsenerkrankungen	0	0
Diäten (wenn ja, welche?)	0	0
<hr/>		
Wirbelsäulen- und Gelenkserkrankungen (wenn ja, welche?)	0	0
<hr/>		
Ständige Medikamenteneinnahme (wenn ja, welche?)	0	0
<hr/>		
Wird in der Freizeit Sport betrieben (wenn ja, welcher?)	0	0
<hr/>		
War (aus welchem Grund auch immer) eine längere Turnbefreiung nötig?	0	0
<hr/>		
Besteht oder bestand ein Sprachfehler?	0	0
Wenn ja, wurde/wird er logopädisch abgeklärt und oder behandelt?	0	0

Ort _____

Datum _____

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten _____