

MAGISTRAT DER STADT WIEN
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Gesundheitsvorsorge Kinder und Jugendliche – Schulärztlicher Dienst
Thomas-Klestil-Platz 8/2, Town Town, 1. Parterre, CB 16.008, 1030 Wien
Telefon: (+43 1) 40 00, 876 31, Fax: (+43 1) 40 00-99-876 34
E-Mail: schul@ma15.wien.gv.at
DVR 0000191

MA 15 – Schulärztl. Dienst/sine/2009

Wien, 21.4.2009

Datenerhebung

Allen
städtischen SchulärztInnen

Liebe KollegInnen!

DRINGEND

Die von uns SchulärztInnen erhobenen Daten können nun in einer Studie ausgewertet werden. Dazu benötigen wir folgende Unterlagen:

4. Schulstufe und 8. Schulstufe: GESUNDHEITSBLATT ELTERNFRAGEBOGEN

Bitte die oben angeführten Unterlagen nach Möglichkeit in der Schule kopieren und in ein Kuvert stecken, mit Schulkennzahl und Bezirk beschriften (jahrgangswise – nicht nach Klassen getrennt), zukleben. Voraussetzung sind vollständig ausgefüllte Gesundheitsblätter (Größe, Gewicht, Sehtest). Bitte ehebaldigst mit der Dienstpost an den Schulärztlichen Dienst übermitteln.

Wer an der Schule keine Möglichkeit zum Kopieren hat, muss bitte mit den vollständigen Unterlagen zu uns kommen und wir kopieren hier und geben Ihnen/Euch die Blätter sofort wieder mit.

Danke für Ihre/Eure Mühe

Mit freundlichen Grüßen
e.h. DDr. Schwarz Helga

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/dem Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossenem der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Geschlecht: männlich weiblich

Familienname d. Schülers(in): _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

_____ Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern: _____ Geburtsjahr der Geschwister: _____

Vater: ja nein Mutter: ja nein _____, _____, _____, _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler(in) durchgemacht?

Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Windpocken (Schaublattem)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	sonstige	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	sonstige	

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Hamwegen, Haut, Nervensystem. **Bitte Zutreffendes unterstreichen.** Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde d. Schüler(in) gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein

Besteht im besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel, Insektenallergie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<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
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Gesundheitsblatt

Schulkennzahl: _____ (6)
 Schularztstempel: _____

Schülerkennzahl: _____ (12)
 Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____ (75) Tag Monat Jahr (30)
 Geschlecht männlich weiblich (2)

1 (23)

2 (23)

3 (23)

Schuljahr: 19 _____ / _____ / _____ (24) (-) (26) Schulstufe: _____ (24) (-) (26)	Schuljahr: _____ / _____ / _____ (24) (-) (26) Schulstufe: _____ (24) (-) (26)	Schuljahr: _____ / _____ / _____ (24) (-) (26) Schulstufe: _____ (24) (-) (26)
Untersuchungsdatum: _____ / _____ / _____ (29) Tag Monat Jahr Körpergröße: _____ (cm) / Gew.: _____ (kg) (35) (29)	Untersuchungsdatum: _____ / _____ / _____ (29) Tag Monat Jahr Körpergröße: _____ (cm) / Gew.: _____ (kg) (35) (29)	Untersuchungsdatum: _____ / _____ / _____ (29) Tag Monat Jahr Körpergröße: _____ (cm) / Gew.: _____ (kg) (35) (29)
Anamnese Asthma bronch.: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres: _____ Allergie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Lt. Elternfrage: (42) (44) (45)	Asthma bronch.: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres: _____ Allergie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (42) (44) (45)	Asthma bronch.: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Weiteres: _____ Allergie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (42) (44) (45)
Brillen-träger: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schleien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Visus: <input type="checkbox"/> 6,6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt (46) (47) (48) Hörver-mögen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> einseitig behindert <input type="checkbox"/> beidseitig behindert (49)	Brillen-träger: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schleien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Visus: <input type="checkbox"/> 6,6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt (46) (47) (48) Hörver-mögen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> einseitig behindert <input type="checkbox"/> beidseitig behindert (49)	Brillen-träger: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schleien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Visus: <input type="checkbox"/> 6,6 bds. <input type="checkbox"/> einseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt (46) (47) (48) Hörver-mögen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> einseitig behindert <input type="checkbox"/> beidseitig behindert (49)
Sprach-fehler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nase: <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert (50) (51) Tonsillen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> krankhaft verändert <input type="checkbox"/> entfernt (52)	Sprach-fehler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nase: <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert (50) (51) Tonsillen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> krankhaft verändert <input type="checkbox"/> entfernt (52)	Sprach-fehler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nase: <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert (50) (51) Tonsillen: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> krankhaft verändert <input type="checkbox"/> entfernt (52)
Befunde Zähne: (Milch- u. bleib. Geb.) <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Sonde <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös (53) (54) Gebiß-stellung: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. (55) Schild-drüse: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert (56) Haut: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden (57) Herz und Gefäße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> org. Herz- und Gefäß-erkrankung <input type="checkbox"/> funkt. Herz- u. Gefäß-erkrankung (58) Lunge: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma (59) Bauch: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstige Befunde (60)	Zähne: (Milch- u. bleib. Geb.) <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Sonde <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös (53) (54) Gebiß-stellung: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. (55) Schild-drüse: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert (56) Haut: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden (57) Herz und Gefäße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> org. Herz- und Gefäß-erkrankung <input type="checkbox"/> funkt. Herz- u. Gefäß-erkrankung (58) Lunge: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma (59) Bauch: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstige Befunde (60)	Zähne: (Milch- u. bleib. Geb.) <input type="checkbox"/> Unters. m. Spatel <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Sonde <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös (53) (54) Gebiß-stellung: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. (55) Schild-drüse: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert (56) Haut: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden (57) Herz und Gefäße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> org. Herz- und Gefäß-erkrankung <input type="checkbox"/> funkt. Herz- u. Gefäß-erkrankung (58) Lunge: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma (59) Bauch: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstige Befunde (60)
Wirbelsäule u. Brustkorb: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit (61) Arme, Hände: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit o. Funktionsbeh. (62) Beine, Füße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit o. Funktionsbeh. (63) Nervensystem: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden (64)	Wirbelsäule u. Brustkorb: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit (61) Arme, Hände: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit o. Funktionsbeh. (62) Beine, Füße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit o. Funktionsbeh. (63) Nervensystem: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden (64)	Wirbelsäule u. Brustkorb: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit (61) Arme, Hände: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit o. Funktionsbeh. (62) Beine, Füße: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Fehlförmigkeit o. Funktionsbeh. (63) Nervensystem: <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden (64)

Sonstige Befunde: _____

Sonstige Befunde: _____

Sonstige Befunde: _____

Weitere arztl. Abklärung: NEIN JA wegen _____ (67)

Weitere arztl. Abklärung: NEIN JA wegen _____ (67)

Weitere arztl. Abklärung: NEIN JA wegen _____ (67)

Zur Behandl.: NEIN JA wegen _____ (66)

Zur Behandl.: NEIN JA wegen _____ (66)

Zur Behandl.: NEIN JA wegen _____ (66)

Für _____ bedingt geeignet nicht geeignet (65)

Für _____ bedingt geeignet nicht geeignet (65)

Für _____ bedingt geeignet nicht geeignet (65)

Schulärztliche Überwachung: NEIN JA (68)

Schulärztliche Überwachung: NEIN JA (68)

Schulärztliche Überwachung: NEIN JA (68)

 (74) Schülerkennzahl der derzeit besuchten Anstalt; nur auszufüllen nach Schulwechsel!