

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte!

Für die verpflichtende Reihenuntersuchung der ersten Schulstufe bitten wir Sie im Vorfeld den Fragebogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen. Bitte geben Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen in einem verschlossenen Kuvert adressiert an den schulärztlichen Dienst in der Schule Ihres Kindes ab (Klassenlehrer*in oder Direktion).

Die schulärztliche Untersuchung Ihres Kindes erfolgt im Laufe des ersten Schulsemesters nach terminlicher Rücksprache.

Mit freundlichen Grüßen



Mag.^a DDr.ⁱⁿ Ulrike Hallwirth

Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Gruppe Pädagogisch medizinischer Dienst

Team Kinder- und Jugendlichengesundheit

1030 Wien, Thomas-Klestil-Platz 9

Tel.: (01) 40 00-876 31

E-Mail: ulrike.hallwirth@wien.gv.at

schuldienst@ma15.wien.gv.at

BITTE WENDEN!

FRAGEBOGEN



Familienname der Schüler*in

Vorname der Schüler*in

Geburtsdatum der Schüler*in:

Geschlecht: weiblich männlich divers

Geburtsjahr der Geschwister:

- **Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen.**

Ja Nein

Wenn ja, welche?

- **Mein Kind leidet an einer chronischen Erkrankung gegen**

Herzerkrankung Ja Nein

Wenn ja, welche?

Zuckerkrankheit Ja Nein

Asthma Bronchiale Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Migräne Ja Nein

Chronische Mittelohrentzündung Ja Nein

- **Bei meinem Kind ist eine Allergie bekannt gegen**

Medikamente Ja Nein

Pollen/Gräser Ja Nein

Hausstaub Ja Nein

Lebensmittel (zB.Nuss) Ja Nein

Sonstige Ja Nein

- **Bei meinem Kind wurde eine Operation durchgeführt.**

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wann?

- **Sonstige Auffälligkeiten**

Schlafschwierigkeiten Ja Nein

verstärktes Schnarchen Ja Nein

Bettnässen Ja Nein

häufiges Erbrechen Ja Nein

Unruhe Ja Nein

Seh- Hör- und/oder Sprachfehler Ja Nein



• **Folgende Impfung wurden durchgeführt:**

MMR (Masern-Mumps-Röteln)

- | | | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------|
| 1. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |
| 2. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |

6 fach Impfung (Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten, Haemophilus Influenza Typ B, Hepatitis B)

- | | | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------|
| 1. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |
| 2. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |
| 3. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |

Pneumokokkenimpfung

- | | | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------|
| 1. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |
| 2. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |
| 3. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |

Meningokokkenimpfung (NeisVac-C, Nimenrix , Bexero)

Ja Nein Impfdatum

Covid-19 Impfung

- | | | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------|
| 1. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |
| 2. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Impfdatum |

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Erhebung dieser Daten einverstanden und erlaube eine Weitergabe dieser Informationen an die Schulärztin / den Schularzt.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten