



Gesundheitsdienst
der Stadt Wien

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.ª 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