



Anmelde- und Gesundheitsfragebogen für SchülerInnen

PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Name des gesetzlichen Vertreters: _____

Beruf des gesetzlichen Vertreters: _____

FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bist du gesund?
Wenn nein, was hast du für eine Krankheit? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Warst du vor kurzem im Spital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Musst du regelmässig zum Arzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nimmst du öfters Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hast du Asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hast du Heuschnupfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bist du auf etwas allergisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hast du Herzprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bist du zuckerkrank? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich habe den Fragebogen verstanden und bestätige die Richtigkeit mit meiner Unterschrift.

Datum

Klasse

Lehrperson

Deine Unterschrift
