

**Schüler:** Vom Aufnahmsbewerber in **Blockschrift** auszufüllen! ☒ Zutreffendes bitte ankreuzen!  
Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen untenstehende Legende zu 5), 6) und 10)

- 1) männlich:  weiblich:
- 2) Geburtsdatum/-ort: 

Versicherungsnummer	Tag	Monat	Jahr	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 3) PLZ, Wohnort: 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------
- 4) Straße, Nr:
- 5) in der 8. Schulstufe besuchte Schulform:
- 6) derzeit (oder zuletzt) besuchte Schulform:
- 7) Staatsbürgerschaft:
- 8) Muttersprache/Religion:  /
- 9) 9-jährige Schulpflicht vor Eintritt in die angestrebte Schule erfüllt? ja  nein
- 10) Vorbildung (Anzahl der Jahre angeben):  

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
V	HS	PL	AHS	BMS	BHS	SO	NMS
- 11) Welche Fremdsprache(n) wurden gelernt?  Jahre:   
 Jahre:
- 12) Anzahl der Geschwister des Aufnahmsbewerbers in der Lehranstalt, deren Besuch angestrebt wird:

**Erziehungsberechtigte:**

- 13) 

Eigen-berecht.	Vater	Mutter	Heim-leiter	Groß-vater	Groß-mutter	Jugend-amt	Sonst.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 14) Vorname(n):
- 15) akademischer Grad:
- 16) Erreichbar unter Telefon-Nr:

Die folgenden Punkte sind nur auszufüllen, wenn die Daten von den Schülerdaten abweichen.

- 17) Familienname:
- 18) Straße, Nr.:
- 19) PLZ, Wohnort: 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------
- 20) Telefonnummer:  /

**Legende zu 5), 6), und 10)**

V	Volksschule	AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
HS	Hauptschule	BHS	Berufsbildende höhere Schule
PL	Polytechnischer Lehrgang	BMS	Berufsbildende mittlere Schule
SO	Sonstige Schulformen	NMS	Neue Mittelschule



## Elternfragebogen

*Liebe Eltern!*

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

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:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mutter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind die Eltern übergewichtig?	Vater:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mutter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	Feuchtblattern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde d. Schüler/in gegen Tuberkulose (BCG-) 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)	<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): \_\_\_\_\_