

SCHULKLASSE: _____

_____ / الفصل الدراسي /

Elternfragebogen

Liebe Eltern

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

Schularztes.

أستمارة الأسئلة لأولياء الأمور

السادة الاعزاء اولياء الأمور !

أجاباتكم علي هذه الأستمارة فقط لأطباء وطبيبات المدرسة وسف يتم ألتعامل معها بسرية وبأمانة شديدة.

ضع أجابتك علي هذه الأستمارة في ظرف للخطابات مغلق وسلمه لطبيب أو طبيبة ألمدرسة .

لا بد من ملئ الأستمارة بالكامل لتسهيل عمل أطباء ألمدرسه .

Familienname der Schülerin/des Schülers _____

----- أسم عائله ألتالب / ألتالبة -----

Vorname: _____

----- ألسم /-----

Geschlecht männlich weiblich Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

----- ألسم /-----
ألسم ذكر أنثى تاريخ ألميلاد (سنة.شهر.يوم) -----

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsrechtigten):

Telefon: _____

أسم وعنوان ألوالدين (ولي ألامر)

رقم ألتليفون _____

Berufstätigkeit der Eltern

Vater: ja nein

Mutter: ja nein

نعم لأ

ألوالدة

نعم لأ

ألموالدين

Geburtsjahr der Geschwister: _____, _____, _____,

_____، _____، _____، _____، _____، _____
_____، _____
_____، _____

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

هل أوالدين لديهم مرض السكر ؟ أوالد نعم لا أوالدة نعم لا

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

هل أوالدين لديهم زيادة في الوزن ؟ أوالد نعم لا أوالدة نعم لا

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

أي نوع من الأمراض المعدية أصابة الطالب/ أطلابية ؟

Masern ja nein Keuchhusten ja nein Scharlach ja nein

أحصبة نعم لا ألسعال أديكي نعم لا أألحمي أقرمزية نعم لا

Röteln ja nein Windpocken (Schafblattern) ja nein

أألحصبة أألمانية نعم لا مرض (أألجدري) نعم لا

Mumps ja nein Gelbsucht ja nein sonstige: _____

مرض أألغدة أألنكافية نعم لا مرض أألصفارة او أأليرقان نعم لا أمراض أخرى _____

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).

هل تم علاج من هذه الأمراض أم مازال الطالب حاملاً لها . مثلاً أحتقان في ألحلق بصفة مستمرة أو التهاب المفاصل - مرض مولود به - تشوهات - مرض بالقلب أو بالتنفس - المعدة - الأمعاء - الرئة - الكلي - المسالك البولية - الجلد - الأجهزة العصبي .
(من فضلك ضع علامة تحت المرض الذي تم الإصابة به) .

Nähere Angaben dazu:

بعض المعلومات عن سبب المرض .

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:

عملية جراحية أو عاقبة مستديمة .

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

أستعمال الأدوية بصفة مستمرة, عند الإجابة بنعم , أي نوع من الأدوية؟

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung

am: _____

هل الطالب / الطالبة تم تطعيمهم ضد حشرة (القراد) ؟ نعم لا آخر لقاح كان

في يوم -----

Besteht im Besonderen:

أعراض بصفة مستدامة .

Asthma bronchiale ja nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

صداع بصفة مستمرة نعم لا الربو وضيق التنفس نعم لا

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Chronische Mittelohrentzündung, Arzneimittel-, Insektenallergie)

ja nein

حساسية (الأتهاب الجلد أكزيما, ألقش والغبار, أتهابات حادة بالأذن ألولوسطي, من ألدواء, من أالحشرات)

نعم لا

Trommelfellverletzung ja nein

أصابة في طبلة أالأذن نعم لا

Zuckerkrankheit ja nein Sehfehler ja nein

مرض ألسكر نعم لا خطأ في أأنظر نعم لا

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

أالأغماء وعدم أالأتران نعم لا خطأ في أأسمع نعم لا

Anfallsleiden ja nein Sprachfehler ja nein

تشنجات نعم لا خطأ في أالكلام نعم لا

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

حالات مرضية ملحوظة (أضرابات في أأنوم, أأشخير, أأأنبول علي أأفراش, قيء بأاستمرار) نعم لا

Datum: _____

_____ / أأأأأأ

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):

توقيع أأوالأأين (ولي أمر أأأأأ)