|  |  |
| --- | --- |
| KAOW Logo_Pantone_4C | Finanzdepartement FD**Schulgesundheitsdienst SGD** |

Elternfragebogen zur Gesundheit Ihres Kindes im 5. Schuljahr

Geschlecht [ ]  w [ ]  m

Gemeinde

# Bitte geben Sie an, ob Ihr Kind häufig an folgenden Beschwerden leidet.

Kopfschmerzen [ ]  ja [ ]  nein

Bauchschmerzen [ ]  ja [ ]  nein

Schlafstörungen [ ]  ja [ ]  nein

Konzentrationsschwierigkeiten [ ]  ja [ ]  nein

Müdigkeit [ ]  ja [ ]  nein

# Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?

[ ]  ja [ ]  nein

Falls ja, welche? …………………………………………………….

# Hier finden Sie eine Liste von Krankheiten.

## Bitte kreuzen Sie an, ob Ihr Kind an einer dieser Krankheit leidet oder gelitten hat.

Heuschnupfen [ ]  ja [ ]  nein

Asthma [ ]  ja [ ]  nein

Andere Allergien [ ]  ja [ ]  nein

Übergewicht [ ]  ja [ ]  nein

Windpocken [ ]  ja [ ]  nein

Keuchhusten [ ]  ja [ ]  nein

Masern [ ]  ja [ ]  nein

Mumps [ ]  ja [ ]  nein

Röteln [ ]  ja [ ]  nein

Andere

# Weshalb gingen Sie mit Ihrem Kind in den letzten2 Jahren zum Arzt bzw. Ärztin?

##  (mehrere Antworten möglich)

[ ]  Akute Erkrankung / kleinere Verletzung

[ ]  Impfungen

[ ]  Vorsorgeuntersuchungen

[ ]  Beratung / Begleitung bei speziellen Gesundheits-
 problemen oder Krankheiten

# Wie häufig hatte Ihr Kind im vergangenen Schuljahr Kopfläuse?

[ ]  nie [ ]  1x [ ]  2x – 3x [ ]  3x und mehr

# Wie viele Stunden benutzt Ihr Kind täglich elektronische Medien, inkl. TV (in der Freizeit)?

An Schultagen ………….. Stunden

Am Wochenende ………….. Stunden

Die Antworten geben uns wertvolle Hinweise über den Gesundheitszustand der jungen Generation in Obwalden (gemäss Ausführungsbestimmungen über die Schulgesundheit Art. 2). Bitte geben Sie den Fragebogen in einem verschlossenen Couvert an die Lehrperson Ihres Kindes ab. Das verschlossene Couvert wird dem Schulgesundheitsdienst des Kantons Obwalden weitergeleitet. Das Ausfüllen ist freiwillig.

# Ist Ihr Kind oft:

- aufgestellt und zufrieden [ ]  ja [ ]  nein
- gestresst [ ]  ja [ ]  nein

- traurig und niedergeschlagen [ ]  ja [ ]  nein

Anderes …………………………………………………………………

# Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich pro Nacht?

[ ]  6 Std. [ ]  7 Std. [ ] 8 Std. [ ]  9 Std. [ ] 10 Std.

[ ]  11 Std. [ ]  mehr als 12 Std.

# Impfungen

Lassen Sie den Impfausweis [ ]  ja [ ]  nein
regelmässig überprüfen?

Bemerkung: …………………………………………………………..

# Isst Ihr Kind regelmässig?

## (an Schultagen)

Frühstück [ ]  ja [ ]  nein

Znüni [ ]  ja [ ]  nein

Mittagessen [ ]  ja [ ]  nein

Zvieri [ ]  ja [ ]  nein

Abendessen [ ]  ja [ ]  nein

# Wie oft trinkt Ihr Kind Süssgetränke?

## (Cola, Ice-Tea, Capri-Sonne, Fruchtsäfte usw.)

[ ]  mehrmals täglich

[ ]  täglich

[ ]  mehrmals pro Woche

[ ]  selten

[ ]  nie

# Wie geht Ihr Kind zur Schule? (mehrere Antworten möglich)

zu Fuss [ ]  ja [ ]  nein

mit dem Velo, o.Ä. [ ]  ja [ ]  nein

mit dem Schulbus [ ]  ja [ ]  nein

wird gefahren [ ]  ja [ ]  nein

# Wie viel spielt Ihr Kind draussen bzw. treibt Sport pro Woche? (ohne Schulsport)

[ ]  (fast) nie

[ ]  ab und zu (1-3 Tage)

[ ]  häufig (mehr als 3 Tage)