|  |  |
| --- | --- |
| 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 letzten 2 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)