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

Elternfragebogen, Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

**Angaben des untersuchten Kindes**

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

Traurigkeit [ ]  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 Kopfläuse?

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

# War Ihr Kind vor dem Kindergarten in einer Spielgruppe?

[ ]  ja [ ]  nein

Die Antworten helfen uns einerseits bei der schulärztlichen Untersuchung, andererseits geben sie uns wertvolle Hinweise über den Gesundheitszustand der jungen Generation in Obwalden (gemäss Ausführungsbestimmungen über die Schulgesundheit Art. 2)

Dieser Fragebogen geht an den Schulgesundheitsdienst des Kantons Obwalden. Das Ausfüllen ist freiwillig.

# Wurde Ihr Kind vor dem Kindergarten fremd betreut?

## (halber Tag pro Woche oder mehr)

Tagesstätte [ ]  ja [ ]  nein

Tagesmutter [ ]  ja [ ]  nein

Grosseltern [ ]  ja [ ]  nein

Andere [ ]  ja [ ]  nein

# Impfungen

Wünschen Sie eine
Überprüfung der Impfkarte [ ]  ja [ ]  nein

Wünschen Sie, dass Ihr Kind
geimpft wird? [ ]  ja [ ]  nein

# 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?

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?

[ ]  (fast) nie

[ ]  ab und zu (1-3 Tage)

[ ]  häufig (mehr als 3 Tage)