|  |  |
| --- | --- |
| 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)