

GESUNDHEITSBOGEN

Name der/s Studierenden: _____ **Geburtsdatum:** _____

Zutreffendes bitte ankreuzen: ja nein

Häufige Anginen 0 0

Schwerer grippaler Infekt in letzter Zeit 0 0

Operationen (wenn ja – welche u. wann?) 0 0

Allergien (wenn ja –welche?) 0 0

Chlorwasserunverträglichkeit 0 0

Erkrankungen der Ohren 0 0

Asthma 0 0

Kollapsneigung 0 0

Bluthochdruck 0 0

Herz- oder Gefäßerkrankungen (wenn ja, welche) 0 0

Epileptische Anfälle 0 0

Nieren- oder Harnwegerkrankungen 0 0

Zuckerkrankheit 0 0

Schilddrüsenerkrankungen 0 0

Diäten (wenn ja, welche?) 0 0

Wirbelsäulen- und Gelenkserkrankungen (wenn ja, welche?) 0 0

Ständige Medikamenteneinnahme (wenn ja, welche?) 0 0

Wird in der Freizeit Sport betrieben (wenn ja, welcher?) 0 0

War (aus welchem Grund auch immer) eine längere Turnbefreiung nötig? 0 0

Besteht oder bestand ein Sprachfehler? 0 0

Wenn ja, wurde/wird er logopädisch abgeklärt und oder behandelt? 0 0

Ort _____ Datum _____ Unterschrift (d. Erziehungsberechtigten) _____

Für den Schularzt/die Schulärztin:

Die Aufnahme in die BAfEP ist von der Schulärztin gutgeheißen: Ja nein
 Empfehlungen und Verordnungen an den/die Studierende: 0 0