



Magistrat der Stadt Wien
Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Schulärztlicher Dienst
schuldienst@ma15.wien.gv.at

Wien,

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte!

Vor Schuleintritt wird Ihr Kind **schulärztlich** untersucht werden.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen sie diesen gemeinsam mit **dem Impfpass** Ihres Kindes zu dem **vereinbarten Untersuchungstermin** mit.

Wenn Sie aus organisatorischen Gründen vor Schuleintritt Ihres Kindes keinen Untersuchungstermin erhalten, so geben Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular gemeinsam mit einer **aktuellen Kopie des Impfpasses** Ihres Kindes in **einem verschlossenen Kuvert** am **ersten**

Schultag im Sekretariat der Direktion ab. Die schulärztliche Untersuchung erfolgt im Laufe des ersten Schulsemesters nach Terminvereinbarung.

Herzlichen Dank!

Ihre Schulärztin / Ihr Schularzt

BITTE WENDEN!

Name des

Kindes:

Geburtsdatum: _____

FRAGEBOGEN

- Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen.
 Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Mein Kind leidet an einer chronischen Erkrankung (Herzerkrankung, Epilepsie, Asthma, Zuckerkrankheit, etc.).
 Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Bei meinem Kind ist eine Allergie bekannt (gegen Medikamente, Pollen, Hausstaub, etc.).
 Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Bei meinem Kind wurde eine Operation durchgeführt.
 Ja Nein
Wenn ja, welche?

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Erhebung dieser Daten einverstanden und erlaube eine Weitergabe dieser Informationen an die Schulärztin / den Schularzt.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten