

Anmeldung

am

Kolleg für Elementarpädagogik

BAfEP 8, 1080 Wien, Albertgasse 38

für die Ausbildung

zur Kindergartenpädagogin / zum Kindergartenpädagogen

4-semesterige Tagesform / Vollzeit
Jobs PLUS Ausbildung

Bitte leserlich in Blockbuchstaben ausfüllen!

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geschlecht:	Religionsbekenntnis:
Staatsbürgerschaft:	Familienstand:
Sozialversicherungsnummer:	Erstsprache:
Adresse (Hauptwohnsitz):	
Tel.Nr.:	E-mail:
Derzeit ausgeübter Beruf:	
Arbeitsstelle:	

Bitte auch die 2. Seite inkl. Datum und Unterschrift ausfüllen

bitte selbst ausfüllen, nicht von einem Arzt ausfüllen lassen!

Ihre Angaben sind nur für unsere Schulärztin bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin. Beide Fragebögen sind vollständig ausgefüllt am Tag der schulärztlichen Untersuchung mitzubringen und der Schulärztin zu übergeben.

Familienname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Sind Ihre Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Sind Ihre Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Keuchhusten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Scharlach	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Röteln	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Windpocken	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	sonstige	_____	
Mumps	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Gelbsucht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	sonstige	_____	

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwege, Haut, Nervensystem

Bitte zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurden Sie gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Häufiger Kopfschmerz	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Allergien (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel, Insektenallergie)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zuckerrkrankheit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sehfehler	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Hörfehler	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Anfallsleiden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sprachfehler	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>			

Datum

Unterschrift

FRAGEBOGEN SCHULÄRZTIN – Seite 2

Familienname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Leiden Sie an einer Krankheit? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Sind/Waren Sie eingeschränkt beim Sport? Ja Nein
Wenn ja, warum?

Sind/Waren Sie eingeschränkt beim Schwimmen? Ja Nein
Wenn ja, warum?

Hatten Sie jemals Verletzungen, Knochenbrüche oder Gelenksprobleme? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Waren Sie jemals im Krankenhaus? Ja Nein
Wenn ja, warum?

Waren Sie einmal bewusstlos oder hatten Sie Krampfanfälle? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben/Hatten Sie eine Kieferfehlstellung? Ja Nein

Sind/ Waren Sie in Kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Haben/Hatten Sie einen Sprachfehler? Ja Nein

Sind/ Waren Sie in Logopädischer Therapie? Ja Nein

Datum

Unterschrift