

Anmeldung

am

Kolleg für Elementarpädagogik

BAfEP 8, 1080 Wien, Albertgasse 38

für die Ausbildung

zur Elementarpädagogin / zum Elementarpädagogen

6-semesterige berufsbegleitende Abendform

Start: 4. September 2023

Unterrichtszeiten (Anwesenheitspflicht):

Montag 14:30 – 22:00 Uhr

Mittwoch 17:00 – 22:00 Uhr

Freitag 17:00 – 22:00 Uhr

Fallweise Samstag + 2x Dienstag im Oktober und November jeweils 17:30 – 20:30 Uhr

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!

FRAGEBOGEN SCHULÄRZTIN – Seite 1

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 nein Keuchhusten ja nein Scharlach ja nein

Röteln ja nein Windpocken ja nein sonstige _____

Mumps ja nein Gelbsucht ja nein 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 nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergien (Ekzem, Heuschnupfen, ja nein Chronische Mittelohrentzündung ja nein

Arzneimittel, Insektenallergie) ja nein (Trommelfellverletzung) ja nein

Zuckerrkrankheit ja nein Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

Anfallsleiden ja nein Sprachfehler ja nein

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

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