

		nein	ja	
2.2	angeborene Schäden/Behinderungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
2.3	Operationen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
				wann: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
	noch Beschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
2.4	Unfälle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
				wann: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
	noch Beschwerden/Folgen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
2.5	Häufige Beschwerden			
	Husten/Auswurf _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atemnot _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schwindel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ohnmacht _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kopfschmerz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Übelkeit/Erbrechen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schlafstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Allergische Reaktionen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hautausschläge _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
	bei weiblichen Jugendlichen:			
	Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6	Zur Zeit sonstige Beschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
2.7	Zur Zeit in ärztlicher Behandlung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
2.8	Regelmäßige Medikamenteneinnahme _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
		nein	gelegentlich	täglich
2.9	Alkoholkonsum _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Rauchen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		nein	ja	
2.11	Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Andere regelmäßige sportliche Betätigung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

Datum

Unterschrift d. Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Jugendlichen

Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:
 Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen