



		<b>nein</b>	<b>ja</b>	
2.2	angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2.3	Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
				wann: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2.4	Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
				wann: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" 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: 100%;" 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: 100%;" type="text"/>
2.7	Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2.8	Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
		<b>nein</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>täglich</b>
2.9	Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>nein</b>	<b>ja</b>	
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: 100%;" type="text"/>

Datum
-------

Unterschrift d. Personensorgeberechtigten
---

Unterschrift des Jugendlichen
-------------------------------

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