

Datum und Stampiglie des Arztes

GESUNDHEITS-CHECK JUNIOR

Probandendaten

bitte hier
abtrennen!

Name	Versicherungsnummer
------	---------------------

bitte hier
abtrennen!

BEFUNDBOGEN

Geburtsdatum	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Bundesland
--------------	--	------------

Schultyp Kind _____

Migrationshintergrund (Eltern nicht in Österreich geboren) ja nein

Familiengröße (Anzahl der Geschwister) _____

Anamnese

ja nein unbekannt

aktuelle Gesundheitsprobleme

Ärztlich festgestellte Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis, Nesselausschlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauermedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende Krankheiten und gesund- heitliche Probleme (z. B. Asthma, Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impfstatus

alle Impfungen entsprechend Impfplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(durchgemachte) Infektionskrankheiten

Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schafblattern/Varicellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholte Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholte Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholte Harnwegsentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholte Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Operationen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Familienanamnese (Eltern)

Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seelische Erkrankungen (z. B. Depressionen, Burnout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bei Mädchen

(erste) Monatsblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien:

<input type="checkbox"/> Hausstaubmilbe
<input type="checkbox"/> Gräser
<input type="checkbox"/> Bäume
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel
<input type="checkbox"/> Insektengift

welche fehlt/fehlen

Bemerkungen

Art der Operation(en), Datum

Bemerkungen

Information

Dieses Befundblatt dient als Nachweis, dass Ihr Kind den Gesundheits-Check Junior absolviert hat. Senden Sie bitte diesen Abschnitt gemeinsam mit der Rechnung über eine sportliche Aktivität Ihres Kindes (Schulschikurs, Sportwoche, Bewegungskurs, Mitgliedschaft bei einem Sportverein, Sportsachen für den Turnunterricht, etc.) an die zuständige SVA Landesstelle. Sie erhalten dann den SVA Gesundheitshunderter überwiesen.

Meine Bankverbindung lautet:

Klinischer Befund

ärztliche Untersuchung

Größe cm
Gewicht kg
BMI
Blutdruck / mmHg

	<i>unauffällig</i>	<i>auffällig</i>
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hören</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sehen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zähne</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals (Schilddrüse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat / Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wirbelsäule</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Becken</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Thorax</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Gliedmaßen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>periphere Gelenke</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubertätsentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreibung der Auffälligkeit

Coaching

Essverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport, Bewegungsprogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule / Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medienverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

Nur bei Probanden über 12 Jahre auszufüllen

Alkohol gar nicht ein oder mehr Gläser pro Tag
 ein oder mehrere Gläser pro Woche weniger als ein Glas pro Monat

Nikotin gar nicht täglich mehrmals pro Woche einmal pro Woche seltener

Drogen nein ja

.....
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes