

II-3573 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates
XIV. Gesetzgebungsperiode

**BUNDESMINISTERIUM
FÜR UNTERRICHT UND KUNST**

Zl. 10.000/17-Parl/78

Wien, am 11. April 1978

An die
PARLAMENTS DIREKTION
Parlament
1017 Wien

1650/AB
1978 -04- 18
zu 1736/J

Die schriftliche parlamentarische Anfrage Nr. 1736/J-NR/78 betreffend verspätete Erstellung der Gesundheitsbögen für Pflichtschulabsolventen, die die Abgeordneten PETER und Genossen an mich richteten, beehre ich mich wie folgt zu beantworten:

Das Formular "Gesundheitsblatt" (siehe Beilage 2) besteht aus vier übereinanderliegenden Blättern aus Spezialpapier und ist in drei gleichlautende Untersuchungsrubriken gegliedert. Jede Eintragung auf dem jeweils obersten Blatt wird durchgeschrieben, sodaß jeweils auf dem nächsten Blatt alle bisher verzeichneten Befunde ersichtlich sind. Das letzte Blatt verbleibt jedenfalls an der Schule bzw. wird es bei einem Schulwechsel der neuen Anstalt übermittelt.

Nach Abschluß einer Untersuchung wird das jeweils oberste Gesundheitsblatt abgetrennt. Diese werden sodann klassenweise gesammelt und schulweise nach Beendigung der Untersuchungen an das Österreichische Statistische Zentralamt, Abteilung 1, (Bevölkerungsstatistik) eingesandt.

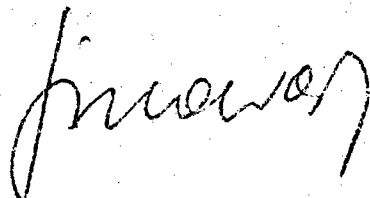
Sollte bei den schulärztlichen Untersuchungen ein körperliches Gebrechen eines Schülers festgestellt werden, wird die mögliche Behandlung sofort nach der Untersuchung durch eine Mitteilung des Schularztes an die Erziehungsberechtigten eingeleitet (Beilage 1). Darin wird den Erziehungsberechtigten empfohlen, den Schüler im Wege der kurativ tätigen Ärzte einer entsprechenden

- 2 -

Behandlung zu unterziehen. Diese Schüler werden als "Überwachungsschüler" (d.s. solche, die eine wiederholte Kontrolle durch den Arzt benötigen) bis nach Klärung der Diagnose evident gehalten. Der entsprechende Befund wird sodann in der Befundrubrik des Gesundheitsblattes angekreuzt und kann nötigenfalls in der Rubrik "Notizen" genauer dargestellt werden.

Somit ist in Hinsicht der Gesundheit der Schüler festzuhalten, daß anlässlich der schulärztlichen Untersuchung festgestellte Erkrankungen von der Unterrichtsverwaltung unverzüglich einer Behandlung zugeführt werden können.

Die an das Österreichische Statistische Zentralamt übermittelten Gesundheitsblätter werden do.für Zwecke des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz ausgewertet.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Finowen'.

ORIGINAL OMEGA-TRENNFIXGARNITUR

OMEGA WIEN TEL. 43 43 18, 43 43 19

Gesundheitsblatt

Schulkenzahl: _____
(6)Schülerkennzahl: _____
(12)

Schularztstempel:

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____
(75) Tag Monat Jahr (30)Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
(29)

1 (23)

2 (23)

3 (23)

| Schuljahr: 19 _____ / _____ / _____ (24) (25) (26) | | Schulstufe: _____ (24) (25) (26) | | Schuljahr: 19 _____ / _____ / _____ (24) (25) (26) | | Schulstufe: _____ (24) (25) (26) | | Schuljahr: 19 _____ / _____ / _____ (24) (25) (26) | | Schulstufe: _____ (24) (25) (26) | | |
|---|---|--|--|---|-----------|--|---|---|--|---|-----------|--|
| Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr | | Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr | | Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr | | Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr | | Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr | | Untersuchungsdatum: _____ (29) Tag Monat Jahr | | |
| Körpergröße: _____ (cm) (35) | | Gewicht: _____ (kg) (39) | | Körpergröße: _____ (cm) (35) | | Gewicht: _____ (kg) (39) | | Körpergröße: _____ (cm) (35) | | Gewicht: _____ (kg) (39) | | |
| Asthma bronch. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Weiteres: | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Weiteres: | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Weiteres: | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Weiteres: | |
| BCG-Impfung: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Allergie: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Diabetes mellitus: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Brillen-träger: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Schielerei: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Visus: | <input type="checkbox"/> 6/6bds. <input type="checkbox"/> einseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt | | | <input type="checkbox"/> 6/6bds. <input type="checkbox"/> einseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt | | | <input type="checkbox"/> 6/6bds. <input type="checkbox"/> einseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt | | | <input type="checkbox"/> 6/6bds. <input type="checkbox"/> einseitig herabgesetzt <input type="checkbox"/> beidseitig herabgesetzt | | |
| Hörver-mögen: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> einseitig behindert <input type="checkbox"/> beidseitig behindert | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> einseitig behindert <input type="checkbox"/> beidseitig behindert | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> einseitig behindert <input type="checkbox"/> beidseitig behindert | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> einseitig behindert <input type="checkbox"/> beidseitig behindert | | |
| Sprach-fehler: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Nase: | <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert | | | <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert | | | <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert | | | <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Atmung chron. behindert | | |
| Tonsillen: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> krankhaft verändert <input type="checkbox"/> entfernt | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> krankhaft verändert <input type="checkbox"/> entfernt | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> krankhaft verändert <input type="checkbox"/> entfernt | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> krankhaft verändert <input type="checkbox"/> entfernt | | |
| Zähne: | <input type="checkbox"/> Unters. <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Spatel <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös | | | <input type="checkbox"/> Unters. <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Spatel <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös | | | <input type="checkbox"/> Unters. <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Spatel <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös | | | <input type="checkbox"/> Unters. <input type="checkbox"/> Unters. m. Spiegel u. Spatel <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> kariös | | |
| Gebiß-stellung: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlstellung in Behandl. <input type="checkbox"/> Fehlstellung o. Behandl. | | |
| Schilddrüse: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nur tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert | | |
| Haut: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> chron. Hautleiden | | |
| Herz und Gefäße: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> organ. Herz-u. Gefäß-erkrankung | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> organ. Herz-u. Gefäß-erkrankung | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> organ. Herz-u. Gefäß-erkrankung | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> organ. Herz-u. Gefäß-erkrankung | | |
| Lunge: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> chron. rezid. Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma | | |
| Bauch: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstiges | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstiges | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstiges | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
| Wirbelsäule u. Brustkorb: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Haltungs-schwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Haltungs-schwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Haltungs-schwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Haltungs-schwäche <input type="checkbox"/> Fehlförm | | |
| Arme, Hände: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. | | |
| Beine, Füße: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fehlförm o. Funktionsbeh. <input type="checkbox"/> Fehlförm m. Funktionsbeh. | | |
| Nerven-system: | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden | | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> veget. und psych. Labil. <input type="checkbox"/> organ. Nervenleiden | | |

Sonstige Befunde:

Sonstige Befunde:

Sonstige Befunde:

Fachärztliche Untersuchung: ☐ NEIN ☐ JA wegen _____
(67)Zur Behandlung: ☐ NEIN ☐ JA wegen _____
(68)Für ☐ bedingt ☐ nicht ☐ geeignet
(69) geeignetSchulärztliche Überwachung: ☐ NEIN ☐ JA
(69)Für ☐ bedingt ☐ nicht ☐ geeignet
(69) geeignetSchulärztliche Überwachung: ☐ NEIN ☐ JA
(69)Für ☐ bedingt ☐ nicht ☐ geeignet
(69) geeignetSchulärztliche Überwachung: ☐ NEIN ☐ JA
(69)Schulkenzahl der Gzt. besuchten Anstalt: nur ausfüllen nach Schulwechsel
(69) (74)

Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Bundesministerium für Unterricht und Kunst, Gesundheitsblatt 1975