

## Gesundheitsfragebogen

Wir bitten Sie, für die individuelle Betreuung ihres Kindes folgende Fragen zu beantworten

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Welche Erkrankungen hat ihr Kind? Bitte Arztbrief beilegen

- |                                   |   |                                    |                                    |   |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-<br>mittelunverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> sonstiges |                                    |   |

Bisherige Operationen: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

### Bitte eine Kopie des aktuellen Impfausweises beilegen

Ab März 2020 gilt in Deutschland der Masernimpfschutz als verpflichtend

### Einverständniserklärung zur Medikamentenverabreichung (individuelle Bedarfsmedikation)

Falls sie persönliche Bedarfsmedikation ihres Kindes bei uns hinterlegen wollen, bitte das Formular mit ihrer Einverständniserklärung abgeben.

**Einverständnis zur Medikamenteneinnahme bei Bedarf** (von rezeptfreien, apothekenpflichtigen Medikamenten (Schmerzmittel, Homöopathische Medikamente etc.)).

Bitte füllen Sie die Medikamentenliste dazu entsprechend aus.

### Erlaubnis bei Unfällen

Hiermit gebe ich meine Erlaubnis, zur Versorgung kleinerer Wunden und dass die notwendigen erste Hilfe Maßnahmen getroffen werden können, wenn die Eltern / Kontaktpersonen nicht erreichbar sind.  Ja  Nein

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Änderungen (inkl. Neuerkrankungen, Änderung der Dauermedikation) teile ich zeitnah den Schulkrankenschwestern mit und bin einverstanden, dass mein Kind unter Berücksichtigung der o.g. Angaben pflegerisch und beratend unterstützt wird.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_