



Medizinischer Fragebogen

Liebe Eltern,

die nachfolgenden Auskünfte sind notwendig, um eine angemessene Versorgung Ihres Kindes bei einem Notfall bzw. Unfall in den Räumen der Privaten Zweisprachigen Grundschule zu gewährleisten! Ihre Angaben werden selbstverständlich äußerst vertraulich behandelt.

Personalien Schüler | in

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nachname	Vorname	zweiter Vorname
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tag, Monat, Jahr	Religion	Nationalität

Unbedingt zu beachten! WICHTIG!

Angaben wie z. B. Asthmatiker, Diabetiker, Medikamentengabe bzw. -unverträglichkeit usw.), um im Falle eines Notfalles dem Ersthelfer diese Basisinformationen an die Hand zu geben!

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Eltern | Erziehungsberechtigte (vollständiger Name)

Mutter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nachname	Vorname
Vater	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nachname	Vorname

Kontakt im Notfall

Name	1. Kontakt	<input type="text"/>		
Name	2. Kontakt	<input type="text"/>		
Telefon privat	1. Kontakt	<input type="text"/>	2. Kontakt	<input type="text"/>
Telefon Firma	1. Kontakt	<input type="text"/>	2. Kontakt	<input type="text"/>
Mobil	1. Kontakt	<input type="text"/>	2. Kontakt	<input type="text"/>



Straße 1. Kontakt 2. Kontakt

PLZ | Ort 1. Kontakt 2. Kontakt

Zuständiger Kinderarzt:

Name

Anschrift

Telefon

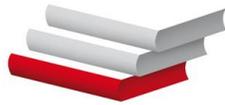
Zuständige Krankenkasse:

Allergien: Bitte führen Sie alle **Allergien | Unverträglichkeiten** Ihres Kindes auf! Wenn möglich, Kopie des Allergiepasses beifügen!

Medikamente: Wenn nötig, bitte **ärztliche Verordnung** für Einnahmezeiten und Dosen der Medikamente aufführen.

Ist Ihr Kind derzeit oder fortlaufend wegen eines **medizinischen oder psychologischen** Leidens in **Behandlung (I-Status, Autismus)**? Wenn ja, bitte kurz beschreiben und ärztlichen | therapeutischen Bericht beifügen.

Teilen Sie bitte mit, ob Ihr Kind **nicht** am **Sportunterricht** oder an **außerschulischen Sportveranstaltungen teilnehmen** kann? Wenn ja, bitte kurz beschreiben oder ärztlichen Bericht beifügen.



Liegen bei Ihrem Kind **Sehstörungen** vor?

Nein

Ja Kontaktlinsen Brille

Liegen bisher **Einschränkungen beim Hören, Sprechen oder bei der Sprachentwicklung** vor? Bitte ärztliche|therapeutische Gutachten oder ggf. Entwicklungsberichte|Förderpläne für die Schülerakte beilegen. Zur persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Arzt|Therapeuten bitte die Schweigepflichtserklärung unterschreiben!

Nein

Ja

Liegt ein ausreichender **Impfschutz gegen Masern** vor?

Nein

Ja

Wann wurde diese **Impfung** bei Ihrem Kind vorgenommen? **Bitte ärztliches Attest beifügen!**

Genehmigungen zur Behandlung im Falles von **Verletzungen** und eines **Notfalls**

Für den Fall einer Verletzten werden die geschulten und ausgebildeten Ersthelfer der Privaten Zweisprachigen Grundschule alle Maßnahmen der Erstversorgung übernehmen. Dies schließt bei Verletzungen die durch Fallen, Stoßen usw. folgende Maßnahmen ein:

- ❏ Eventuelle Desinfizierung der Wunde mit Schleimhaut- und Wundantiseptikum oder Wasser (Wundreinigung)
- ❏ Auftragen von Pflastern und Verbänden
- ❏ Kühlen der Verletzung mit Kühlgelkissen
- ❏ Eventuelle Begleitung zu unserem Durchgangsarzt bzw. in das zuständige Krankenhaus

Von der Privaten Zweisprachigen Grundschule werden alle Bemühungen unternommen, im Notfall zuerst mit den | der Eltern | Erziehungsberechtigten | Kontakt-Person Verbindung aufzunehmen. Sollte niemand erreichbar sein, stimme|n wirklich zu, dass alle im Rahmen der Erstversorgung des Notfalls nötigen Maßnahmen eingeleitet werden.

Ort | Datum:

Unterschrift der | des Erziehungsberechtigten