



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

Nachname

Vorname

zweiter Vorname

Geburtsdatum

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!

Eltern | Erziehungsberechtigte (vollständiger Name)

Mutter

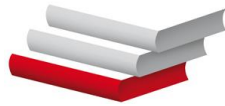
Nachname

Vorname

Vater

Nachname

Vorname



Kontakt im Notfall

Name 1. Kontakt

Name 2. Kontakt

Telefon privat 1. Kontakt 2. Kontakt

Telefon Firma 1. Kontakt 2. Kontakt

Mobil 1. Kontakt 2. Kontakt

Straße 1. Kontakt 2. Kontakt

PLZ | Ort 1. Kontakt 2. Kontakt

Zuständiger Kinderarzt:

Name

Anschrift

Telefon

Zuständige Krankenkasse:

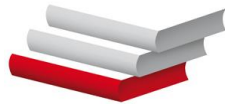


Allergien: Bitte führen Sie alle **Allergien | Unverträglichkeiten** Ihres Kindes auf! Wenn möglich, Kopie des Allergiepasses beifügen!

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

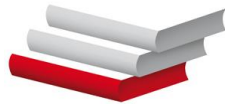
Ja

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

Nein

Ja

Wann wurde diese **Impfung** bei Ihrem Kind vorgenommen? **Bitte schriftliche Bestätigung beifügen!**



Genehmigungen zur Behandlung im Falle 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 wir | ich zu, dass alle im Rahmen der Erstversorgung des Notfalls nötigen Maßnahmen eingeleitet werden.

Ort | Datum:

Unterschrift der | des Erziehungsberechtigten