

Bitte vertraulich behandeln!

Gesundheitsfragebogen

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte der Klassen 5 – 9,

es ist uns sehr wichtig, dass Ihr Kind dem Schulalltag auch gesundheitlich gewachsen ist. Wir bitten Sie daher, folgende Fragen zu beantworten, so dass die Lehrkräfte, die Ihr Kind unterrichten, in der Lage sind, im Falle eines Falles richtig reagieren zu können. Diese Angaben sind selbstverständlich nur für den schulinternen Gebrauch und werden nicht an Dritte weitergegeben. Im Interesse Ihrer Kinder teilen Sie uns bitte Änderungen sofort mit.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meinem Kind eine Zecke entfernt wird.
- ☐ Unser Sohn / unsere Tochter hat keine relevanten Gesundheitsprobleme.
- ☐ Unser Sohn / unsere Tochter ist möglicherweise beeinträchtigt durch:
 - ☐ Heuschnupfen
 - ☐ Asthma
 - ☐ Kreislaufprobleme
 - ☐ Kopfschmerzen oder Migräne
 - ☐ Epilepsie
 - ☐ Herzfehler
 - ☐ Allergien: _____
 - ☐ Neurodermitis
 - ☐ Entwicklungsauffälligkeiten: _____
 - ☐ Diabetes
 - ☐ Sonstige: _____

Unser Sohn / unsere Tochter benötigt ein Notfallmedikament:

- ☐ nein ☐ wenn ja, wo befindet es sich? _____

Folgendes sollte noch beachtet werden:

Im Notfall sind wir unter folgenden Nummern am besten zu erreichen (Festnetz und Handy):

1. _____ **2.** _____ **3.** _____

Mit freundlichem Gruß
gez. Kohler, M.A., Realschulrektor

Name und Klasse des Schülers / der Schülerin: _____

Hiermit bestätige ich den Erhalt des Schreibens.

Datum: _____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____