

STUDENT MEDICAL FORM FOR AY 2010/2011 (Deutsch)

| | |
|---|---------------|
| Name, Schüler(in): | Geburtsdatum: |
| Name der Eltern/Erziehungsberechtigten: | |
| Adresse: | Tel.Nr.: |
| Tel. Nr.:(Büro Mutter): | Handy: |
| Tel. Nr.:(Büro Vater): | Handy: |
| Falls im Notfall Eltern nicht erreichbar, Kontaktperson: | |
| Krankenversicherung: | Mitgliedsnr.: |

Um aktuelle Angaben über den Gesundheitszustand Ihres Kindes zu haben, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.
Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

| | Ja | Nein | Leidet ein anderes Familienmitglied an der Krankheit? |
|-----------------------------|----|------|---|
| Allergien (wenn ja, welche) | | | |
| Asthma | | | |
| Diabetes | | | |
| Epilepsie | | | |
| Hautekzem | | | |
| Heuschnupfen | | | |
| Herzstörungen | | | |
| Schwerhörigkeit | | | |
| Sprachfehler | | | |
| Sehstörungen | | | |

Hatte Ihr Kind bereits folgende Krankheiten?

Tragen Sie bitte die durchgeführten Impfungen mit Datum ein:

| | Ja | Nein | | Monat/ Jahr | Monat/ Jahr | Monat/ Jahr |
|----------------------|----|------|--------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Windpocken | | | Impfung | | | |
| Diphtherie | | | Polio | | | |
| Röteln | | | Diphtherie | | | |
| Masern | | | Tetanus | | | |
| Mumps | | | Pertussis (Keuchhusten) | | | |
| Kinderlähmung | | | Masern | | | |
| Rheumatisches Fieber | | | Mumps | | | |
| Scharlach | | | Rubella (Röteln) | | | |
| Häufige Erkältungen | | | Tetanusauffrischimpfung | | | |
| Ohreninfektionen | | | Tuberkulinproben | | | |
| Operationen | | | Hepatitis B | | | |
| | | | Hib (Haemophilus influenzae B) | | | |

Erteilen Sie der Schule Ihre Genehmigung Ihrem Kind nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (auch Aspirin/Paracetamol) zu verabreichen? JA/NEIN

Erteilen Sie der Schule Ihre Genehmigung im Notfall Ihr Kind ins nächste Krankenhaus zu fahren? JA/NEIN

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente? JA/NEIN
Wenn ja, bitte nähere Angaben:

Liegen Gründe für die eingeschränkte Teilnahme am Sportunterricht, inklusive Schwimmen, vor? JA/NEIN
Wenn ja, bitte erläutern:

Ist Ihr Kind Brillenträger? JA/NEIN

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten _____ Datum _____ / _____ / _____
Tag Monat Jahr