



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes aus, wenn erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die im Notfall schnelle und qualifizierte Hilfe erfordern.

Im Notfall bemüht sich die Schule selbstverständlich um jegliche Hilfe, kann jedoch keine Haftung übernehmen!

NAME DER KINDES:

VORNAME DES KINDES:

GEBURTSDATUM:

Unser Kind leidet an folgenden Krankheiten: <i>(z.B.: Asthma, Diabetes, Epilepsie, Migräne, ...)</i>	
Unser Kind leidet an folgenden Allergien: <i>(ggf. genauere Angaben)</i>	
Unser Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:	
Unser Kind benötigt folgende Notfallmedikamente:	
Im Notfall sollten folgende Maßnahmen eingeleitet werden:	
Im Notfall sollen benachrichtigt werden: <i>(Name, Telefonnummer)</i>	

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten