

Gesundheitsblatt

Name:

Klasse:

| | | | | |
|------------|------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Impfungen: | Zecken (FSME) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | letzte Impfung am: |
| | Di / Tet / Polio | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | letzte Impfung am: |
| | Hepatitis A / B | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | letzte Impfung am: |
| | MMR (Priorix) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | letzte Impfung am: |
| | Meningokokken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | letzte Impfung am: |

Sonstige Impfungen:.....

Allergien (Medikamente, Pollen, Nahrungsmittel, Tierhaare etc.....):

.....
.....

Chronische Erkrankungen:

| | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |

Mein Kind benötigt folgende Medikamente (Dosis und Dauer):

.....
.....

Gab es in den letzten 3 Monaten Erkrankungen, Operationen oder Verletzungen?

.....

Telefonische Erreichbarkeit bei Notfällen:

Name.....Tel. Nr.....

Name.....Tel. Nr.....

Bitte füllen Sie dieses Blatt im Interesse der Gesundheit ihres Kindes genau aus. Die Daten sind nur für die Dauer der Winter -/ Sommersportwoche / Sprachwoche der Schulärztin und dem Leitungsteam zugänglich, damit in Notfällen rascher reagiert werden kann.

Datum.....Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten: