

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

_____ Telefon: _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja ☐ nein ☐ Mutter: ja ☐ nein ☐

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja ☐ nein ☐ Mutter: ja ☐ nein ☐

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Masern: ja ☐ nein ☐ Keuchhusten: ja ☐ nein ☐ Scharlach: ja ☐ nein ☐

Röteln: ja ☐ nein ☐ Windpocken (Schafblattern): ja ☐ nein ☐ sonstige: _____

Mumps: ja ☐ nein ☐ Gelbsucht: ja ☐ nein ☐ sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem.

Bitte Zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja ☐ nein ☐ letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja ☐ nein ☐ Häufiger Kopfschmerz ja ☐ nein ☐

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, ja ☐ nein ☐ Chronische Mittelohrentzündung ja ☐ nein ☐

Arzneimittel-, Insektenallergie) ja ☐ nein ☐ (Trommelfellverletzung) ja ☐ nein ☐

Zuckerkrankheit: ja ☐ nein ☐ Sehfehler ja ☐ nein ☐

Ohnmachtsneigung: ja ☐ nein ☐ Hörfehler: ja ☐ nein ☐

Anfallsleiden ja ☐ nein ☐ Sprachfehler: ja ☐ nein ☐

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja ☐ nein ☐

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____



Verabreichung von Medikamenten im Notfall

(Rechtsgrundlage § 66b Abs. 2 Schulunterrichtsgesetz)

Name des Kindes:.....

geb.am.....

Schule:.....

Klasse:.....

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Notfall insbesondere unten angeführte Lehrkräfte meinem Kind die unten angeführten Medikamente laut ärztlichem Notfallplan verabreichen sowie weitere Maßnahmen laut Notfallplan setzen (zB Lagerung)

1).....Unterschrift:.....

2).....Unterschrift:.....

3) bei Mehrfachnennungen siehe angehängte Liste

Ich habe die Lehrkräfte über die Erforderlichkeit der Verabreichung von den unten angeführten Notfallmedikamenten aufgrund folgender Erkrankung bzw. Allergie

.....

aufgeklärt und die Notfallsituation, in der meinem Kind die unten angeführten Medikamente zu verabreichen sind, genau besprochen. Die Medikamente werden von mir in ordnungsgemäßem Zustand in der Originalverpackung der ermächtigten Lehrkraft samt Beipacktext zur Verfügung gestellt und rechtzeitig erneuert. Ich halte mit den Lehrkräften regelmäßigen Kontakt und stelle ihnen einen immer aktuellen genauen Notfallplan und zumindest zwei aktuelle Telefonnummern zur Verfügung.

Telefon 1:

Telefon 2:.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der einsichts- und urteilsfähigen Schülers/in

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Die unten angeführten Medikamente sind im Notfall wie folgt verabreicht werden:

Name des Medikamentes	Art der Verabreichung	Dosis

.....
Ort, Datum

.....
Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

