Elternfragebogen

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig und vollständig aus. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und stehen ausschließlich dem Schularzt, dem Klassenvorstand sowie der Internatsleitung (nur bei Internatsschülern) zur Verfügung. Diese dürfen Informationen daraus, die für den Unterricht bzw. Internat relevant sind, an das pädagogische Personal weitergeben. Diese Informationen sind besonders wichtig, damit im Falle eines medizinischen Notfalls – etwa während praktischer Einheiten im Wald, bei Exkursionen oder ähnlichen Aktivitäten – rasch und angemessen gehandelt werden kann.

Angaben zur Schülerin / zum Schüler	
Familienname:	
Vorname:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Telefon Schülerin / Schülers:	
Telefon Mutter:	
Telefon Vater:	

Familiäre Erkrankungen:

Bluthochdruck? ☐ ja ☐ nein Allergieneigung? ☐ ja ☐ nein

Ansteckende Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges (mit Auswirkung auf den Schüler)? _____

Welche Infektionserkrankungen hat die Schülerin/ der Schüler bereits durchgemacht?

Masern ☐ ja ☐ nein Mumps ☐ ja ☐ nein Röteln ☐ ja ☐ nein

Schafblattern ☐ ja ☐ nein Keuchhusten ☐ ja ☐ nein Gelbsucht ☐ ja ☐ nein

Scharlach ☐ ja ☐ nein sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Nieren- und Harnwege, Haut, Nervensystem, Gelenke und/oder Knochen. **Bitte Zutreffendes markieren**. Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

_____

Bestehen im Besonderen:

Asthma bronchiale ☐ ja ☐ nein häufige Kopfschmerzen ☐ ja ☐ nein

Allergien: ☐ ja ☐ nein Ohnmachtsneigung ☐ ja ☐ nein

Anfallsleiden ☐ ja ☐ nein Sehfehler ☐ ja ☐ nein

Hörfehler ☐ ja ☐ nein Sprachfehler ☐ ja ☐ nein

Diabetes mellitus ☐ ja ☐ nein Leseschwäche ☐ ja ☐ nein

Epilepsie ☐ ja ☐ nein Rechtschreibschwäche ☐ ja ☐ nein

Dyskalkulie ☐ ja ☐ nein Bienenallergie ☐ ja ☐ nein

Allergien ☐ ja ☐ nein Welche:_____

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, Schnarchen, Bettnässen usw.) ☐ ja ☐ nein _____

Impfplan:

Bitte um Angabe des Datums (Monat/Jahr) der letzten Auffrischungsimpfung (bei vollständiger Grundimmunisierung) bzw. aller Impfungen (falls unvollständig). Bei Unklarheiten ersuchen Sie bitte Ihren Kinder- oder Hausarzt zur Mithilfe.

Diphtherie/Tetanus
Kinderlähmung (Polio)
Keuchhusten (Pertussis)
Masern/Mumps/Röteln (2 Impfungen!!!)

FSME
Meningokokken C
Hepatitis A
Hepatitis B

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das pädagogische Personal nur mit Ihrer ausdrücklichen Erlaubnis Medikamente ausgibt. Wenn Sie das möchten, bitten wir Sie den nachfolgenden Absatz auszufüllen.

Ich erteile meine Zustimmung, dass nachfolgende Medikamente

_____

an meine Tochter/ meinen Sohn durch das pädagogische Personal verabreicht werden dürfen.

Hiermit bestätige ich, dass ich den Elternfragebogen sowie die Impfaufklärung sorgfältig gelesen habe. Des Weiteren bestätige ich, dass ich den Impfpass meines Kindes als Kopie im Sekretariat hinterlegt habe. Der Schularzt steht während des Unterrichtsjahres täglich in der Zeit von 7:30 bis 7:45 Uhr zur persönlichen Kontaktaufnahme zur Verfügung.

_____ _____

Datum Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)