

Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
Bei mehreren mögl. Antworten bitte alle zutreffenden ankreuzen!

Bild
falls
vorhanden

Notfalldaten!

Vorname, Name

Straße

PLZ:

Ort:

Telefon:

Geb. Datum:

Fax:

E-Mail:

Name meiner Eltern/ gesetzl. Betreuer:

Telefon:

Handy (Notfallnummer):

Weitere Notfallnummern:

Hausarzt

Name:

Telefon:

PLZ:

Ort:

Name der Krankenkasse:

PLZ/ Ort der Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

**Allergien,
Vorerkrankung oder sonstige
Besonderheiten:**

Tetanusimpfung:

☐ ja

☐ nein

wenn ja, wann die letzte:

Zeckenschutzimpfung:

☐ ja

☐ nein

wenn ja, wann die letzte:

Masernimpfung

☐ ja

☐ nein

Impfbescheinigung beilegen!

Ich nehme regelmäßig **Medikamente**: ☐ ja ☐ nein

Bei **ja** bitte Blatt: „**Medikamente**“ ausfüllen
(Das dafür notwendige Formular können sie gerne im Sekretariat oder bei den Schulkrankenschwestern anfordern.)

Ich nehme die Medikamente selbst ein: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, ist Kontrolle notwendig? ☐ ja ☐ nein

Medikamente müssen durch geschultes Personal verabreicht werden? ☐ ja ☐ nein

Darf ein Medikament unter gar keinen Umständen (z.B. wg. Medikamentenunverträglichkeit) verabreicht werden?

Gibt es Bedarfsmedikamente? bitte mit mg Angabe z. B. **Kopfschmerztabletten**, Nasentropfen, Augentropfen o.ä.

Dies ist bezüglich aller Medikamente zu beachten:

Die benötigten Medikamente müssen in einer mit Namen gekennzeichneten Medikamentenbox vorgerichtet sein.
Richten Sie auch Ersatz-, sowie Notfall- und Bedarfsmedikamente. Zusätzliche Medikamente in Originalverpackung und mit Beipackzettel mitgeben.

Änderungen, die Medikamente betreffen, sind der Schule (Lehrern, Schulsekretariat oder Schulkrankenschwestern) schriftlich mitzuteilen!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben:

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
gesetzl. Betreuer/in _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Stand: 06/2023