



Schulärztin

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen

- Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen.
 Ja Nein
Wenn ja welche?
- Mein Kind leidet an einer chronischen Erkrankung (Herzerkrankung, Epilepsie, Asthma, Zuckerkrankheit)
 Ja Nein
Wenn ja welche?
- Bei meinem Kind ist eine Allergie bekannt (gegen Medikamente, Pollen, Hausstaub, etc.)
 Ja Nein
Wenn ja welche?
- Bei meinem Kind wurde eine Operation durchgeführt.
 Ja Nein
Wenn ja welche?

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Erhebung dieser Daten einverstanden und erlaube eine Weitergabe dieser Informationen an die Schulärztin / den Schularzt.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten