

Gesundheitsformular

>>> Name des Schülers / der Schülerin:

Geburtsdatum und -ort:/...../.....

Die folgenden Fragen müssen wahrheitsgemäß beantwortet werden. Diese Informationen dienen uns dazu, bei auftretenden Problemen die richtige Hilfestellung leisten zu können!

Gegen welche der folgenden Krankheiten ist der Schüler / die Schülerin geimpft?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Diphtherie |

Welche der folgenden Krankheiten hat der Schüler / die Schülerin jemals gehabt?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | Wenn ja, welche: |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Aids | |
| <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Asthma | |

Weitere Impfungen:

>>> Bestimmte Diätvorschriften: ja nein

wenn ja, welche

>>> Andere Erkrankungen einschließlich psychischer Probleme:

.....
.....

>>> Medikamente

Nimmt der Schüler / die Schülerin regelmäßig Medikamente? ja nein

wenn ja, welche

Ist der Schüler / die Schülerin gegen Medikamente allergisch? ja nein

wenn ja, welche

>>> Trägt der Schüler / die Schülerin Kontaktlinsen Brille keine Sehhilfe

Datum: Ort:

Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten: