



## Angaben zu Krankheiten, Allergien oder anderen gesundheitlichen Einschränkungen



Da uns das gesundheitliche Wohl Ihrer Kinder am Herzen liegt und wir in Verantwortung aller Beteiligten am Schulleben stehen, beachten Sie bitte die Hinweise zum **Infektionsschutz** und teilen uns ggf. erforderliche Informationen über den **Gesundheitszustand** Ihrer Kinder auf diesem gelben Blatt mit. Wir werden dort gemachte Angaben selbstverständlich vertraulich behandeln und – falls es nötig – mit Ihnen und/oder dem Kinderarzt ein Gespräch darüber führen.

**Vorname, Name des Kindes:** \_\_\_\_\_ **Klasse:** \_\_\_\_\_

Mein Kind leidet unter einer (chronischen) Krankheit, einer Allergie, einer körperlichen/ gesundheitlichen Einschränkung o.ä.

ja  nein

Wenn ja: Unter welcher:

Wenn ja: Folgende Einschränkungen ergeben sich daraus, z.B. bei der Ernährung oder beim Sportunterricht:

Wenn ja: Gibt es Notfallindikationen, wie z.B. Notfallmedikamente o.ä.? \*

Wenn ja: Unter dieser Notfallnummer ist ein Elternteil zu erreichen:

Mein Kind muss zeitweise Medikamente einnehmen. \*

ja  nein

Wenn ja: Welche: \_\_\_\_\_ Zu welchem Anlass: \_\_\_\_\_

Wenn Sie bei den \*-Angaben mit „Ja“ geantwortet haben, füllen Sie bitte den Vordruck „Medikamentengabe in der Schule“ aus und geben Sie ihn bei der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer wieder ab. Sie erhalten den Vordruck im Sekretariat.  
Bitte informieren Sie die Lehrkraft ggf. in einem persönlichen Gespräch.