

Gesundheitsformular für Schülerinnen & Schüler



Deutsche Schule Nairobi
German School Nairobi

Bitte von einem Erziehungsberechtigten ausfüllen lassen!

Name (Nachname/Vorname(n)) des Kindes

Geburtsdatum

Klasse

Telefonnummer (zu Hause)

E-Mail-Adresse

Name der Mutter

Handynummer der Mutter

Name des Vaters

Handynummer des Vaters

Im Fall einer leichteren Erkrankung oder bei kleineren Verletzungen dürfen wir Ihr Kind folgender Person übergeben, falls keiner der Erziehungsberechtigten erreichbar ist:

Name (Nachname/Vorname)

Beziehung zur Familie

Telefonnummer

Hausarzt

Telefonnummer

Krankenhaus Ihrer Wahl : _____

Telefonnummer

Die Erziehungsberechtigten geben hiermit ihr Einverständnis, dass bei leichteren Erkrankungen oder kleineren Verletzungen der Schüler/die Schülerin an der Schule medizinisch behandelt werden darf:

Bitte ankreuzen: JA NEIN JA, aber mit folgenden Einschränkungen:

Hat Ihr Kind eine Krankheit/Krankheiten, die unter Umständen eine **NOTFALLBEHANDLUNG** direkt auf dem Schulgelände erfordert/n wie z.B. Asthma, Krampfanfälle, Allergie auf Insektenstiche, Diabetes, Herzprobleme oder Blutgerinnungsprobleme?

JA _____ NEIN _____

Falls "JA", welche? _____

Falls Ihr Kind Medizin für eine derartige Notfallbehandlung hat, hinterlegen Sie bitte unbedingt eine Dosis dieser Medizin bei der Krankenschwester!

EINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES

Hat Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung Probleme, die sein Lernen in der Schule beeinträchtigen können oder andere Probleme, über die die Angestellten der Schule informiert sein sollten?
Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage „Ja“ oder „Nein“ an!

Problembereich	Nein	Ja	Kommentare
Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Bei Allergien auf Insektenstiche Reaktionen bitte genau beschreiben!</i>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zerebralparese (CP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörprobleme/ Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewegungseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medizinierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zu früh geboren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probleme mit der Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probleme bei der Verdauung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INFORMATIONEN FÜR DEN SPORTUNTERRICHT

Problembereich	Nein	Ja	Kommentare
Soll auf Anraten des Arztes an manchen Übungen nicht teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist schon einmal bewusstlos gewesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist schon einmal ohnmächtig geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatte bereits Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gerät leicht außer Atem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatte bereits Sportverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hitzeempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist bereits operiert worden oder hatte Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Darf Ihr Kind bei allen sportlichen Übungen mitmachen? **JA** **NEIN**

Falls "NEIN", bei welchen Aktivitäten nicht? _____

Weitere Kommentare zum Gesundheitszustand Ihres Kindes und/oder zu sportlichen Aktivitäten:

Nimmt Ihr Kind zuhause regelmäßig Medikamente? **JA** **NEIN**

Falls "JA", welche? Name : _____
Dosis: _____
Grund: _____

Blutgruppe Ihres Kindes (falls bekannt): _____

SCHUTZIMPFUNGEN

Bitte geben Sie hier das Datum der letzten Impfungen an, damit wir im Falle einer Krankheit entsprechende Empfehlungen geben können.

De Schule rät **dringendst** zu folgenden Impfungen (bitte halten Sie diesbezüglich Rücksprache mit Ihrem Arzt!):

Kinderlähmung (Poliomyelitis)	_____	Masern	_____
Keuchhusten (Pertussis) P	_____	Mumps M	_____
Diphtherie D	_____	Röteln R	_____
Tetanus T	_____	Meningokokken C	_____
Hib (haemophilus influenzae Typ B)	_____	Tuberkulose	_____
Hepatitis A (ab 10 Jahren, falls keine Immunität)	_____	Tollwut	_____
Hepatitis B	_____	Grippe	_____
Gelbfieber	_____		

MALARIAPROPHYLAXE

Wir empfehlen, dass sich die Eltern/Erziehungsberechtigten vor jedem Schulausflug/jeder Klassenreise, der/die ein Ziel außerhalb Nairobis hat, bei ihrem Arzt dementsprechend beraten lassen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass einige dieser Information aus praktischen Gründen im Schulcomputer gespeichert werden.

Unterschrift der Eltern/Erziehungsbeauftragten



ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Geben Sie bitte an, mit wem Sie die Gesundheit Ihres Kindes bei Bedarf besprechen möchten
(Krankenschwester, Lehrer/in, Sozialpädagogin, Schulleiter, sonstige):

BLUTBANK (freiwillig - Blutspenden werden nur für Schüler/innen verwendet)

Name des Vaters _____ Blutgruppe _____

Name der Mutter _____ Blutgruppe _____

Personen, die während der letzten fünf Jahre an Malaria, Krebs oder Hepatitis erkrankt waren,
kommen als Spender nicht in Frage.

Notizen der Krankenschwester:

