



Medizinisches Infoblatt für Schulveranstaltungen

Schulveranstaltung: _____

NACHNAME, Vorname: _____

Klasse: _____

Vers. Nr.: _____ - _____ Krankenkasse: _____

Tel.Nr. Mutter: _____

Tel. Nr. Vater _____

Liebe Obsorgeberechtigte,

Ihr Kind nimmt an einer mehrtägigen Schulveranstaltung teil. Um eine optimale Betreuung zu gewährleisten, bitten wir Sie, den Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben dem Klassenvorstand zu retournieren. Diese Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt; nur bei Relevanz (zB Notfallmaßnahmen) werden die Betreuungspersonen der Schulveranstaltung informiert. Für eine persönliche Kontaktaufnahme nützen Sie bitte julia.fuchs@grg23-alterlaa.ac.at oder 01/ 667 10 99 - 25.

Krankheiten

Bestanden oder bestehen Krankheiten wie:

Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Gerinnungsstörungen, Erkrankungen des Herz- Kreislauf- Systems, des Verdauungstraktes, der Lunge, der Nieren und Harnwege, der Ohren, der Haut oder Nerven? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

Nähere Angaben zu den Erkrankungen:

Operationen und Unfallfolgen:

Bestehen im Besonderen:

Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Anfallsleiden, häufiger Kopfschmerz oder Bettnässen? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

Sonstiges: _____



Allergien

Mein Kind reagiert allergisch auf:

Art der Reaktion:

Schwellung Ausschlag Atemnot Kreislaufschwäche allergischer Schock andere:

War eine Versorgung durch den Notarzt notwendig?

Ja Nein

Hat Ihr Kind ein Notfallset?

Ja Nein

Aus welchen Medikamenten besteht das Notfallset? _____

Medikamente

Nimmt Ihr Kind *regelmäßig* Medikamente ein?

Ja Nein

Medikament & Dosierung: _____

Gibt es Situationen, in denen Ihr Kind eine spezielle Betreuung und / oder ein *Notfallmedikament* braucht?

Medikament: _____ Dosierung: _____

Notfallsituation: _____

Sportliche Einschränkungen:

Bestehen sportliche Einschränkungen?

Nein Ja:

Mein Kind ist:

Schwimmer:in

Nicht-Schwimmer:in

Ernährung und Diäten

Mein Kind ernährt sich: vegetarisch vegan glutenfrei laktosefrei ohne Schweinefleisch Sonstiges:

_____ , _____

Ort

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r