



GESUNDHEITSCHECKLISTE HEALTH CHECKLIST



Europäische Schule RheinMain
The European School

Vorname

Nachname

Klasse

Im Notfall zu benachrichtigen, wenn Eltern nicht erreichbar

Telefon/Mobil

Kinder-/Hausarzt

Telefon

Persönliche Daten:

Brille/Kontaktlinsen

Nein

Ja

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung

Nein

Ja

Nimmt es regelmäßig Medikamente

Nein

Ja

Leidet Ihr Kind unter (bitte ankreuzen): *Asthma* , *Epilepsie* , *Herzkrankungen* , *Allergien (Lebensmittel, Medikamente)* , *Infekte am Ohr* , *häufige Kopfschmerzen* , *Hörproblemen* , *hohem/niedrigem Blutdruck* , *Nieren/Blasenentzündungen* , *orthopädischen Problemen* , *Rheumatischem Fieber* , *Hauterkrankungen* , *Diabetes* , *ADHS* , _____

Bitte angekreuztes erläutern: _____

andere Erkrankungen: _____

Bitte kreuzen Sie die Vorerkrankungen an: *Keuchhusten* , *Masern* , *Röteln* , *Mumps* , *Windpocken* , *Scharlach* , *andere Infektionserkrankungen*: _____

Impfungen: Bitte legen Sie eine Kopie des aktuellen internationalen Impfpasses Ihres Kindes bei!

Laut Masernschutzgesetz sind Sie seit dem 01.03.2020 verpflichtet, den vollständigen Masernschutz Ihrer Kinder vor dem Start an unserer Schule nachzuweisen.

Aus diesem Grund bitten wir Sie den vollständigen internationalen Impfpass Ihrer Tochter/Sohn oder einen Labornachweis über Immunität bis spätestens eine Woche vor Schulbeginn bei uns einzureichen.

Einverständniserklärung zur Medikamentengabe

Hiermit gebe ich mein Einverständnis dafür, dass meinem Kind im Notfall Medikamente, inklusive Paracetamol, von der Schulkrankenschwester verabreicht werden dürfen.

Ja Nein

Erlaubnis bei Unfällen

Hiermit nehme ich zur Kenntnis und gebe meine Erlaubnis, dass bei einem eventuellen Notfall alle notwendigen Maßnahmen getroffen werden, auch wenn die Eltern bzw. die Kontaktpersonen nicht erreichbar sind.

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten



GESUNDHEITSCHECKLISTE HEALTH CHECKLIST



Europäische Schule RheinMain
The European School

Name _____ Surname _____ Class _____

Contact person in case of emergency if parents are not available _____ Telephone/Mobile _____

Child's doctor/Paediatrician Name: _____ Telephone: _____

Personal Data:

Spectacles/ contact lenses: No Yes _____

Is your child currently receiving medical treatment? No Yes _____

Does your child have to take medication on a regular basis? No Yes _____

Are any of the following relevant to your child? (Please check if applicable): Asthma , Epilepsy , heart disease , allergies , ear infections , frequent headaches , hearing difficulties , high/low blood-pressure , kidney/bladder infections , orthopaedic problems , rheumatic fever , dermatitis , diabetes , ADHS , _____

Please detail checked items: _____

Other diseases: _____

Please check previous illnesses: Whooping cough , measles , German measles , mumps , chickenpox , scarlet fever , Other: _____

Vaccinations: Please enclose a copy of your child's current International Vaccination Card

According to the German Measles Protection Act, since 01.03.2020 you are obliged to prove that your children are fully protected against measles before starting at our school.

For this reason, we ask you to submit your daughter/son's full international vaccination certificate or laboratory proof of immunity to us at least one week before the start of school.

Declaration of Consent for Administering Medication:

In case of emergency, I hereby consent to the administration of medication to my child by the school nurse, including paracetamol.

Yes No

Permission in Case of Accident:

I hereby acknowledge and grant permission to exercise any necessary measures befitting the circumstances should an accident occur, even in cases where parents, legal guardians or other named persons cannot be contacted. I testify that all information supplied is both accurate and complete.

Place, Date _____ Signature of parent(s)/ legal guardian(s) _____

Place, Date _____ Signature of parent(s)/ legal guardian(s) _____