



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*: _____

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: _____

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)