

ESM Fragebogen-Gesundheitsdienst

Wir bitten Sie, für die individuelle Betreuung Ihres Kindes folgende Fragen zu beantworten:

Familiennamen	Vorname	Geschlecht	Klasse
	Tel. Mutter	Tel. Vater	
Geburtsdatum	Notfall Telefonnummern Erziehungsberechtigte/r		

Angaben zum Kinder- bzw. Hausarzt Name und Telefonnummer

Persönliche Daten

Welche Erkrankungen hat Ihr Kind? **Bitte Arztbrief beilegen.**

Asthma Diabetes / Insulinpumpe Allergien Anaphylaxie Epilepsie

Akut / Chronisch.....

Bisherige Operationen

Medikamente.....

Hilfsmittel Brille / Kontaktlinsen Hörgerät Zahnspange

Bitte eine Kopie des aktuellen Impfausweises beilegen.

Tetanusschutz Ja Nein Datum der letzter Impfung.....

(Bitte Angeben)

Einverständniserklärung zur Medikamentenverabreichung

Falls Sie Medikamente / Notfall Kits, Insulin, Anaphylaxie (gültiges Ablaufdatum) beim Gesundheitsdienst hinterlegen wollen, bitte das Formular zur Einverständnis abgeben.

https://esmunich.de/fileadmin/Website/Downloads/Unsere%20Schule/Gesundheitsdienst_Medikamentenverabreichung_DE.pdf

Einverständnis zur Medikamenteneinnahme (siehe Liste , nächste Seite)

von rezeptfreien, Apothekenpfl. Medikamenten, Schmerzmitteln, Homöopathischen Mitteln etc.

Ja Nein Nur nach vorheriger Absprache

Diese Medikamente dürfen nicht appliziert werden:

Erlaubnis bei Unfällen

Hiermit nehme ich zur Kenntnis und gebe meine Erlaubnis, dass bei einem eventuellen Notfall alle notwendigen Maßnahmen (Erste Hilfe, ggf. Verständigung des Notarztes, Versorgung kleiner oberflächiger Wunden) getroffen werden, auch wenn die Eltern bzw. die Kontaktpersonen nicht erreichbar sind. Ja Nein

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

Änderungen (inkl. Neuerkrankungen, neue Medikamente etc.) teilen wir zeitnah dem GD mit und sind einverstanden, dass unser Kind unter Berücksichtigung der o.g. Angaben pflegerisch und beratend unterstützt wird.

Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

Medikamenten

Tabletten	Homöopathische Mittel	Tropfen	Salben	Saft
Paracetamol 500mg	Traumeel s	Fenistil	Bepanthen	Prospan
Ibuprofen 400mg	Arnica D6	Salviathymol	Traumeel	
Nurofen Schmelztabl.200mg	Nux Vomica D6	Otriven Nasentropfen	Fenistil	
Cetiricin Antihistamin	Calendula D6	Vividrin Augentropfen	Calendula	
Fenistil Antihistamin	Gelsemium D6	Euphrasia Augentropfen	Arnica	
Dobensana Junior_LT	Ipecacuanha D6			
Isla LT	Pulsatilla D6			
Dolo Dobendan_LT				

SONSTIGES

Wund+Desinfektion Spray	Tee (Fenchel + Salbei)
Octenisept	

Ich, als Erziehungsberechtigte(r) von,
 erlaube dem Gesundheitsdienst der ESM, meinem Kind die oben genannten Medikamente/Heilmittel
 in der altersüblichen empfohlenen Dosierung zu verabreichen.

Datum Ort

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten