

Gesundheitsfragebogen des Gesundheitsdienstes (GD) der ESM

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

Familienname	Vorname	Geschlecht
	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.

2e Masernschutzimpfung Ja Nein

Einverständniserklärung zur Medikamentenverabreichung

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

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

Einverständnis zur Medikamenteneinnahme (siehe Liste , nächste Seite)

von rezeptfreien, Apothekepfl. 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 Inventar Liste

HS – Update 04.2025

Tabletten	Homöopathische Mittel	Tropfen	Salben	Saft
Paracetamol 500mg	Angin Heel	Fenistil	Bepanthen	Prospan
Ibuprofen 400mg u. 200mg	Arnica D6	Salviathymol	Arnica 25%	
Buscopan u. Buscopan Plus		Iberogast	Fenistil	
Cetiricin		Rescue	Voltaren ab14 J.	
Fenistil		Otriven NT	Voltaren forte	
Silomat LP		Vividrin AT	Polysept	
Isla LT		Euphrasia AT		
Dolo Dobendan_LT		Bepanthen AT		
Vomex DRA				

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Medikamentenliste einem fortlaufenden, minimalen Änderungsprozess unterliegt.
Die aktuelle Version können Sie jederzeit auf unserer Website einsehen.

SONSTIGES

Wund+Desinfektion Spray	Tee (Fenchel + Salbei)
Octenisept	
Aerosol	Bite Away (Wärme Behandlung bei Insektenstichen)
Salbutamol (Notfall Med.)	

Ich, als Erziehungsberechtigte(r), 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