

Gesundheitsfragebogen des Gesundheitsdienstes (GD) der ESM

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

Familienname	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

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

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 , 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 Inventar Liste

Tabletten	Homöopathische Mittel	Tropfen	Salben	Saft
Paracetamol 500mg	Traumeel s	Fenistil	Bepanthen	Prospan
Ibuprofen 400mg u. 200mg	Angin Heel	Iberogast	Traumeel	
Buscopan u. Buscopan Plus	Nux Vomica D6	Salviathymol	Fenistil	
Cetiricin	Cocculus D6	Rescue	Voltaren ab14 J.	
Fenistil	Gelsemium D6	Otriven NT	Arnica	
Dolo Dobendan_LT	Ipecacuanha D6	Vividrin AT	Calendula	
Dobensana Junior_LT	Phosphorus D12	Euphrasia AT		
Isla LT	Arnica D6			
	Calendula D6			
	Lycopodium D6			
	Chamomilla D6			

SONSTIGES

Wund+Desinfektion Spray

Octenisept

Bite Away (Wärme Behandlung bei Insektenstichen) (Notfall Med.)

Tee (Fenchel + Salbei)

Aerosol

Salbutamol

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