

Gesundheitsfragebogen



Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte, für die individuelle Betreuung Ihres Kindes, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Familien-Tel.: _____

Elternteil 1:

Vor- und Nachname: _____

Telefonnummer
für den Notfall: _____

Elternteil 2:

Vor- und Nachname: _____

Persönlichen Daten:

Hat Ihr Kind Erkrankungen?

Asthma Diabetes Epilepsie Migräne Andere: _____

Allergien: _____

Trägt Ihr Kind:

Brille/Kontaktlinsen Hörgerät(e) Zahnsperre Andere: _____

Hatte Ihr Kind Operationen:

Nein Ja wenn ja, welche: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja wenn Ja, welche: _____

(wenn Medikamente in der Schule genommen werden müssen, bitte den Bogen der UKH vom Arzt ausfüllen lassen, falls noch nicht geschehen)

Darf Ihr Kind bei Bedarf folgende Salben erhalten (bitte ankreuzen):

Bepanthen Jod-Salbe oder Octenisept

Traumeel Fenistil Brandsalbe Arnica-Salbe

Unverträglichkeiten: _____

Wichtig (z.B. Verhalten im Notfall, Medikamente im Ranzen, usw.)

Diese Daten werden von den Schulgesundheitsfachkräften vertraulich behandelt!

Datum:

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigten

Kontakt: SGFK: Carolin Grasser
Marlene Müller

E-Mail: carolin.grasser@schule.hessen.de
marlene.mueller@schule.hessen.de