

Schülerdaten:

Vorname/n _____

Familienname _____

Klasse _____

Krankenkasse des Kindes gesetzlich privat

Art der Versicherung _____

Name des Hauptversicherten _____

Vorerkrankungen:

Sie können uns im Folgenden freiwillig und im eigenen Ermessen Angaben zur Erkrankung, Allergien usw. machen, die im Schulalltag (Sport-/Unterricht, Klassenfahrten) bedeutsam sein können und notfalls zu Problemen führen könnten. **Helfen Sie uns dabei, dass wir Ihrem Kind im Notfall gezielt helfen können.** Wir sind zu dieser **Nachfrage** bei Ihnen als Eltern und natürlich auch zum **Schutz dieser Daten** verpflichtet (vgl. KMBek 5.02.2010 Az.: II.1-5 S 4432-6.73 359).

Erkrankungen/Lebensmittel-Allergien bzw. sonstige Unverträglichkeiten:

- Uns sind **keine** Erkrankungen bekannt.
- Folgende Erkrankungen / Allergien / Unverträglichkeiten hat unser Kind derzeit

Medikamente (unser Kind nimmt regelmäßig oder benötigt im akuten Notfall folgende Medikamente bzw. Maßnahmen):

Therapien / Behandlungen (unser Kind befindet sich derzeit in einer Therapie):

Haus-/Kinderarzt
Kinder-/Jugendpsychiater
Kinder-/Jugendtherapeut
Sonstige Hinweise

Dr.	Praxisort:	Telefon:
Dr.	Praxisort:	Telefon:
Dr.	Praxisort:	Telefon:

Abholberechtigungen:

Im Falle einer Erkrankung darf mein Kind, in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten, auch von folgenden **volljährigen** Personen abgeholt werden:

- Lebenspartner/in Großeltern Bekannte/r Nachbar/in _____
- _____
- Lebenspartner/in Großeltern Bekannte/r Nachbar/in _____
- _____

Poing, den _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten