

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

## FRAGEBOGEN

- Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen.  
 Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
- Mein Kind leidet an einer chronischen Erkrankung (Herzerkrankung, Epilepsie, Asthma, Zuckerkrankheit, etc.).  
 Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
- Bei meinem Kind ist eine Allergie bekannt (gegen Medikamente, Pollen, Hausstaub, etc.).  
 Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
- Bei meinem Kind wurde eine Operation durchgeführt.  
 Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Erhebung dieser Daten einverstanden und erlaube eine Weitergabe dieser Informationen an die Schulärztin / den Schularzt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten