

Sonstiges :

! NUR FÜR DEN SCHULARZT !

GESUNDHEITS FRAGEBOGEN

Die Angaben sind für den Schularzt bestimmt, um die Untersuchung zu erleichtern.
Sie werden streng vertraulich behandelt.

Familiennamen des Schülers Vorname Vers. Nr. Geb. Datum

Adresse Versicherung

Familiennamen des Versicherten Vorname Vers. Nr. Geb. Datum

Wohnadresse

Firma , Firmenadresse

Ohne Einverständniserklärung des Erziehungsbevollmächtigten darf keine medizinische Behandlung am Schulort durch Arzt oder Krankenschwestern durchgeführt werden.

Einverständniserklärung

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Für den Fall einer Erkrankung meines Kindes erkläre ich mich mit einer Behandlung durch unsere Schulärztin, Fr. Dr. Bettina Püschel- Ärztin für Allgemeinmedizin u. Fachärztin f. Kinder u. Jugendheilkunde (bzw. der Versorgung durch die Krankenschwestern des BIG) einverstanden. Sollte durch eine Erkrankung die Teilnahme am Unterricht nicht mehr möglich sein, trage ich die Verantwortung, dass mein Kind entweder von mir oder einer von mir beauftragten ERWACHSENEN Person abgeholt wird.

Einverstanden: Unterschrift

Ich bin mit der Behandlung durch den Arzt nicht einverstanden. Ich werde im Bedarfsfall mein Kind abholen; bzw. mich selbst um ärztliche Hilfe kümmern.

Nicht einverstanden
(mit der Behandlung am Schulort bzw. durch den Schularzt)

Unterschrift

Im Notfall zu verständigen:

Telefonnummern :

Wohnung : _____

Firma : _____

Handy: _____

