Datenblatt zur Erfassung chronisch erkrankter Schülerinnen und Schüler
(Abfragedatum: 2025)

Wenn Ihr Kind gesund ist, freuen wir uns mit Ihnen! Bitte füllen Sie dennoch die **fettgedruckten** Felder aus und vergessen Sie Ihre **Unterschrift** am Ende nicht!

Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Klasse	
☐ **Mein Kind ist gesund und keiner der folgenden Belastungen ausgesetzt**.	
Notfallkontakte	
Behandelnder Kinder- bzw. Facharzt	

Medikamente:

☐ Mein Kind nimmt *keine* Medikamente

☐ Mein Kind nimmt *folgende* Medikamente: _____

Muss bei der Medikation etwas beachtet werden?

Mein Kind hat Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten:

☐ Nein

☐ Ja und zwar folgende: _____

Besonders beachtet werden sollte dabei:

Folgende Erkrankung(en) liegt/liegen bei meinem Kind vor:

☐ Anfallserkrankung (z.B. Epilepsie)
☐ Angststörung
☐ Autismus
☐ Autoimmunerkrankung
☐ Blutgerinnungsstörung
☐ Borderline Syndrom
☐ Darmerkrankung
☐ Diabetes melitus
☐ Essstörung
☐ Schmerzerkrankung
☐ Herzerkrankung
☐ Krebserkrankung
☐ Mukoviszidose
☐ Muskelerkrankung
☐ Migräne
☐ Mutismus
☐ Hauterkrankung
☐ Neurologische Erkrankung
☐ Orthopädische Erkrankung
☐ Psychische Erkrankung
☐ Rheuma
☐ Stoffwechselerkrankung
☐ Störung des Emotional- und Sozialverhaltens
☐ Unfallfolgen
☐ Zwangsstörung
☐ Hörbeeinträchtigung
☐ Sehbeeinträchtigung
☐ Sonstiges: _____

Folgendes sollte dabei besonders beachtet werden (bitte evtl. auf Extrablatt):

☐ Mein Kind befindet sich in einer schwierigen Lebenssituation (wir benötigen dann weitere Informationen zu besonderen Belastungen, schweren Erkrankungen oder Todesfällen in der Familie, d.h. zu den Umständen, die erheblich auf das Kind einwirken)

Mein Kind leidet unter

☐ ADS / ADHS ☐ Dyskalkulie ☐ LRS

Sie können sich bei einem Gesprächswunsch jederzeit an die Klassenleitung und natürlich an die Ansprechpersonen für chronisch kranke Schülerinnen und Schüler wenden.

_____

Datum **Unterschrift Erziehungsberechtige/r**