

**Datenblatt zur Erfassung chronisch erkrankter Schülerinnen und Schüler**  
(Abfragedatum: 15.09.2025)

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

<b>Name, Vorname des Kindes</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Klasse</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Mein Kind ist gesund und keiner der folgenden Belastungen ausgesetzt.</b>	
Notfallkontakte	
Behandelnder Kinder- bzw. Facharzt	
<u>Medikamente:</u> <input type="checkbox"/> Mein Kind nimmt <i>keine</i> Medikamente <input type="checkbox"/> Mein Kind nimmt <i>folgende</i> Medikamente: _____  Muss bei der Medikation etwas beachtet werden?	
Mein Kind hat <u>Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten</u> : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja und zwar folgende: _____  Besonders beachtet werden sollte dabei:	

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

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

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 Erziehungsberechtigte/r**