

# Gesundheitliche Beeinträchtigung

Information für Schulleitung, Lehrkräfte und den Schulsanitätsdienst – streng vertraulich



Name ..... Klasse ..... Geburtsdatum .....  
.....  
Schuljahr .....

### Kontaktdaten:

Unsere Telefonnummern sind der Schule bekannt. Bei Änderungen teilen wir diese unverzüglich der Schule über das Elternportal mit.

Hausarzt / Kinderarzt, evtl. Spezialarzt (Telefon) .....

Schwere gesundheitliche Beeinträchtigung und Gefährdungen (z. B. bestehende Krankheiten, körperliche Beeinträchtigungen, schwere Allergien)

.....  
.....

Müssen **regelmäßig** oder **im Notfall** Medikamente eingenommen werden? Falls, ja, welche? Wo werden diese aufbewahrt? (Schultasche, Federmäppchen, ...)

.....  
.....

Vom Arzt verordnete Sofortmaßnahmen im Notfall, bei welchen Symptomen?

.....  
.....

Sonstige wichtige Information:

.....  
.....

Ich bin einverstanden, dass folgende Personen diese Informationen einsehen können:

Schulleitung (zwingend notwendig)  Schulsanitätsdienst (zwingend notwendig)  Schulpsychologin  Lehrkräfte (sinnvoll, da ansonsten nicht geholfen werden kann)

Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Aus der Weitergabe dieser Informationen entstehen keinerlei schulische Nachteile. **Das Vorhandensein dieses Informationsblattes wird digital gespeichert.**

.....  
Ort, Datum ..... Unterschrift Schüler/in ..... Unterschrift Erziehungsberechtigte/r .....