

Beeinträchtigungen und/oder chronische Krankheiten

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen!

Meine Tochter/Mein Sohn
Name, Vorname

leidet unter keiner (chronischen) Erkrankung

leidet an
.....

Dabei gilt es, Folgendes zu beachten (ggf. Kopien zu Behandlungshinweisen, Beeinträchtigungen/Einschränkungen etc. beizufügen):

.....
.....
.....

Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

.....
.....

Ja, ich möchte, dass die Informationen der Schweigepflicht unterliegen und ausschließlich der Schulsanitätsdienst und die Schulleitung diese Informationen erhalten.

Ich habe weitere Informationen zu der Erkrankung meines Kindes beigelegt.

**Im Notfall erreichen Sie mich unter folgenden Telefonnummern
(bitte immer ausfüllen):**

.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten