



## ELTERNFRAGEBOGEN GESUNDHEITZUSTAND, BESONDERHEITEN UND LEBENSSITUATION DES KINDES

Für unsere pädagogische Arbeit ist es wichtig, eine möglichst ganzheitliche Sicht auf unsere Schülerinnen und Schüler zu bekommen. Informationen über den Gesundheitszustand ihres Kindes sind für unsere Arbeit im Schulalltag, aber auch bei außerunterrichtlichen Veranstaltungen (Ausflug, Schullandheim, etc.) unerlässlich, da wir diese bei der Planung und Vorbereitung berücksichtigen müssen.

Akute Erkrankungen, chronische Erkrankungen, Operationen und weitere besondere Lebensumstände können zu vorübergehenden oder auch dauerhaften Krisen im Leben eines Menschen führen, die sich auf alle Lebensbereiche des Betroffenen auswirken. Als Pädagogen und Erzieher sehen wir es als unsere Aufgabe an, unsere Schülerinnen und Schüler auch in diesen Phasen des Lebens zu begleiten. Damit wir gemeinsam mit Ihnen frühzeitig unterstützende Maßnahmen ergreifen können, sind wir als Schule auf Ihre Informationen zum Gesundheitszustand, zur aktuellen Lebenssituation und zu Besonderheiten Ihres Kindes angewiesen. Selbstverständlich sind diese Angaben freiwillig und die erhobenen Daten werden von der Schule vertraulich behandelt und ausschließlich zum Wohle ihres Kindes genutzt.

**Name, Vorname des Kindes, Klasse:**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:**

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

**Im Notfall** sollen folgende Personen verständigt werden.

1. Person: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

2. Person: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Die im Rahmen stehenden Angaben sind freiwillig:**

### Medikamente:

Mein Kind nimmt keine Medikamente

Mein Kind nimmt folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Folgendes sollte dabei besonders beachtet werden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mein Kind hat folgende Medikamenten- bzw. Wirkstoffunverträglichkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Mein Kind hat Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten:

Nein

Ja und zwar folgende: \_\_\_\_\_

Folgendes sollte dabei besonders beachtet werden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Mein Kind ist zurzeit**

- gesund**
- krank, es hat:**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anfallserkrankungen, etwa Epilepsie               | <input type="checkbox"/> Mutismus                                      |
| <input type="checkbox"/> Angststörungen                                    | <input type="checkbox"/> Neurodermitis                                 |
| <input type="checkbox"/> Autismus  | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen                    |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen, etwa Multiple Sklerose     | <input type="checkbox"/> Orthopädische Erkrankungen                    |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit                                   | <input type="checkbox"/> Psychose                                      |
| <input type="checkbox"/> Borderline-Störungen                              | <input type="checkbox"/> Psychische Störungen anderer Art              |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen (Morbus Chron, Colitis ulcerosa) | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Erkrankungen                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                                 | <input type="checkbox"/> Rheuma  |
| <input type="checkbox"/> Ess-Störungen                                     | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen                      |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Schmerzerkrankungen)                | <input type="checkbox"/> Störungen des Emotional- und Sozialverhaltens |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                                  | <input type="checkbox"/> Unfallfolgen                                  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen                                 | <input type="checkbox"/> Zwangsstörungen                               |
| <input type="checkbox"/> Mukoviszidose                                     | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                              |
| <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen                                | _____  |
| <input type="checkbox"/> Migräne   |  |

Folgendes sollte dabei besonders beachtet werden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mein Kind hat folgende Behinderung (z.B. hörgeschädigt, sehbehindert):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lebenssituation und persönliches soziales Umfeld des Kindes (z.B. Informationen zu schweren Erkrankungen oder Todesfällen in der Familie und zu anderen Umständen, die erheblich auf das Kind einwirken):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besonderheiten**

- ADS/ADHS
- Diagnostizierte Dyskalkulie (Rechenschwäche)
- Diagnostizierte LRS (Lese-Rechtschreibe-Schwäche)
- Sonstige Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Ein Gespräch ist erwünscht. Wir werden uns deswegen bei der Schulleitung melden.

<input type="checkbox"/>	Der Masernschutznachweis/die Bestätigung der abgebenden Grundschule über den Masernschutznachweis ist beigefügt.	_____ (Bestätigung RNG-Sekretariat)
--------------------------	--	--

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte