

Sehr geehrte Eltern,

die Gesundheit und das Wohlbefinden Ihrer Kinder liegen uns sehr am Herzen. Um im Notfall schnell und gezielt handeln zu können, ist es von großer Bedeutung, dass wir umfassend über etwaige gesundheitliche Besonderheiten oder chronische Erkrankungen Ihrer Kinder informiert sind.



Dazu zählen insbesondere:

- Allergien (z. B. gegen Lebensmittel, Insektenstiche, Medikamente)
- Diabetes
- Asthma
- Epilepsie
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- oder andere relevante Gesundheitszustände

Mit dieser Information können wir im Fall eines medizinischen Notfalls schnell die richtigen Maßnahmen ergreifen und gezielt auf die individuellen Bedürfnisse Ihres Kindes eingehen. Ebenso hilft uns diese Information dabei, präventive Maßnahmen zu ergreifen, um gesundheitliche Risiken im schulischen Alltag zu minimieren.

Um sicherzustellen, dass auch alle Lehrkräfte im Notfall korrekt handeln können, werden diese Informationen an alle Kolleginnen und Kollegen weitergegeben. Dies ist wichtig, denn auch die in Vertretungsstunden und zur (Pausen-)Aufsicht eingeteilte Lehrkraft sollte über eventuelle gesundheitliche Besonderheiten informiert sein.

Bitte teilen Sie uns daher mit, wenn Ihr Kind an einer dieser Erkrankungen leidet oder wenn Sie spezielle medizinische Hinweise für uns haben. Dies gilt auch für Kinder, die regelmäßig Medikamente einnehmen oder bei denen besondere Anforderungen an die Ernährung gestellt werden müssen (z. B. bei Nahrungsmittelallergien oder Unverträglichkeiten).

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und bitten Sie, die Informationen über das folgende Formular zur Sicherheit Ihres Kindes so schnell wie möglich an die Schule weiterzugeben. Bitte füllen Sie das Formular auch aus, wenn sie die entsprechende Information bereits an den Klassenlehrer übermittelt haben. Sollten sich im Laufe des Schuljahres Änderungen in der gesundheitlichen Situation Ihres Kindes ergeben, informieren Sie uns bitte umgehend. Die Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes sind selbstverständlich freiwillig, Sie als Eltern entscheiden, in welchem Umfang Sie Angaben zu Ihrem Kind vornehmen.

Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie sich gerne an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen



---

Mein Sohn/meine Tochter \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ hat

- KEINE gesundheitlichen Besonderheiten und chronischen Erkrankungen.
- gesundheitliche Besonderheiten / chronische Erkrankungen. Der „Fragebogen zu **gesundheitlichen Besonderheiten / chronischen Erkrankungen meines Kindes**“ liegt bei.
- Wir möchten keine Angaben zu eventuellen gesundheitlichen Besonderheiten und chronischen Erkrankungen unseres Kindes machen.

Ich bestätige, dass ich den Elternbrief zum Thema „gesundheitliche Besonderheiten und chronische Krankheiten“ zur Kenntnis genommen haben und die Schule informiere, sobald sich am Gesundheitszustand meines Kindes etwas ändert.

---

Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten



## Fragebogen zu gesundheitlichen Besonderheiten / chronischen Erkrankungen meines Kindes

### 1. Persönliche Informationen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_

Hier ist Platz für ein  
Foto Ihres Kindes.

### 2. Allgemeine Gesundheitsinformationen

- a) Hat Ihr Kind **gesundheitliche Probleme physischer und / oder psychischer Art** (z.B. Implantate, Spastiken, Autismus, diagnostizierte Angststörungen...), eine **chronische Krankheit** (z.B. Asthma, Diabetes...) oder eine **Allergie** (z. B. gegen Lebensmittel, Insektenstiche, Medikamente...)?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte geben Sie Details an:

---



---

- b) Benötigt Ihr Kind während des Schulbesuchs **regelmäßig** Medikamente (z.B. Insulin)?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? Wo befinden sich diese während des Schulbesuchs?

Muss ihr Kind im Notfall bei der Einnahme der Medikamente unterstützt werden?

---



---

- c) Welche **Reaktionen** sind in einem Notfall (z.B. Allergischer Schock, Panikattacke, Asthmaanfall, Unter-/Überzucker...) zu erwarten und welche **Maßnahmen** sind dann einzuleiten und wo befinden sich Notfallmedikamente?

---



---



### 3. Sonstige Hinweise

Gibt es sonstige Informationen, die die Schule über den Gesundheitszustand Ihres Kindes wissen sollte (z. B. besondere Bedürfnisse, gesundheitliche Einschränkungen, geistige oder körperliche Herausforderungen)?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte erläutern Sie:

---



---

### 4. Notfallkontakt

Name Erziehungsberechtigter 1: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Erziehungsberechtigter 1: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse Erziehungsberechtigter 1: \_\_\_\_\_

Name Erziehungsberechtigter 2: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Erziehungsberechtigter 2: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse Erziehungsberechtigter 2: \_\_\_\_\_

**Bitte verständigen sie im Notfall folgende Personen:**

Name	Telefonnummer

### Erklärung der Eltern:

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben korrekt und vollständig sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schule die angegebenen Gesundheitsinformationen im Lehrerzimmer sammelt und für alle Kolleginnen und Kollegen zugänglich macht, um sicherzustellen, dass alle Lehrkräfte im Notfall korrekt handeln können.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

