



Medizinischer Fragebogen / Einverständniserklärung für die Durchführung dringend erforderlicher ärztlicher Maßnahmen bei Klassen-, Studien- und Austauschfahrten

Sehr geehrte Eltern,

die Unterzeichnung der folgenden Erklärung wie auch die umseitigen Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes sind völlig freiwillig und werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt. Nach Abschluss der Fahrt werden die Unterlagen vernichtet.

Wir empfehlen ein Ausfüllen beider Formulare, denn die Angaben können im Falle eines Unfalls / einer Erkrankung schnelle und zielgerichtete medizinische Hilfe erleichtern und dabei helfen, vermeidbare Komplikationen zu vermeiden.

Gehen Sie davon aus, dass die BegleiterInnen alles versuchen werden, Sie im Falle eines Unfalls / einer akuten Erkrankung zu erreichen und notwendige Schritte mit Ihnen zu besprechen. Sollte dies nicht möglich sein, kann eine fehlende Einverständniserklärung dazu führen, dass medizinisch notwendige Maßnahmen unnötig aufgeschoben und verzögert ergriffen werden.

Mit freundlichen Grüßen - SSD Abtei-Gymnasium

Einwilligungserklärung für dringend erforderliche ärztliche Behandlung, Untersuchung und chirurgische Eingriffe

Authorisation for Surgery, Treatment and Examination

Autorisation d'Opérer et de Pratiquer, des Soins et des Examens

Ich, die / der Unterzeichnende

I, the undersigned / Je soussigné(e)

_____ Name, Vorname

**gebe meine Genehmigung für dringend erforderliche Behandlung, Untersuchung
oder chirurgische Eingriffe**

give permission to carry out essential examinations, treatment or operation on my child

donne l'autorisation de pratiquer les examens nécessaires et d'opérer mon enfant

Name / surname / nom

Vorname / first name / prénom

des Kindes / of child / de l'enfant

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift

Freiwillige Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes

Name: _____ Vorname: _____

Leidet Ihre Tochter / Ihr Sohn an	nein	ja	Bemerkungen / nähere Angaben falls ja
	Zutreffendes bitte ankreuzen		
Störungen des Herz- Kreislaufsystems (z. B. zu hohem / niedrigen Blutdruck)?			
Störungen des Atemsystems (z. B. Asthma, Bronchitis)?			
Diabetes?			
Unverträglichkeiten / allergischen Reaktionen (z. B. Heuschnupfen, Allergien gegen Tiere, bestimmte Medikamente, Lebensmittel)?			
chronischen Erkrankungen, welche die regelmäßige Einnahme von Medikamenten erforderlich machen?			
evtl. anderen Erkrankungen / gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die den BegleiterInnen bekannt sein und für den Fall erforderlicher ärztlicher Behandlung berücksichtigt werden sollten?			
Ungefähres Datum der letzten Tetanusauffrischung <small>(geben Sie Ihrem Kind nach Möglichkeit eine Kopie des Impfpasses mit)</small>			
ungefährs Datum und Art (z. B. Aufnahme des Arms / Beins) der letzten Röntgenuntersuchung			
Name und Telefonnummer des Hausarztes			
Name / Anschrift der Krankenversicherung, Versicherungsnummer Ihres Kindes <small>(geben Sie Ihrem Kind nach Möglichkeit seine Versicherungskarte mit)</small>			
Telefonnummer(n) unter der / denen wir Sie möglichst verlässlich erreichen können.			Festnetz: mobil: beruflich:

Vielen Dank
SSD Abtei-Gymnasium