



STUDENT HEALTH FORM (DEUTSCH)

FAMILIENNAME DES SCHÜLERS

VORNAME

GEBURTSDATUM

GESCHLECHT

GRADE

NAME DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN 1

NAME DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN 2

ANAMNESE/BESORGNISSE

Wenn sich eine der unten aufgeführten Informationen ändert oder Ihr Kind während seines Aufenthalts an der ISB eine neue Krankheit/Zustand entwickelt, informieren Sie bitte das Schulbüro, Eleanor Brinkmann-Mclean, mittels eines aktualisierten Formulars.

Bitte kreuzen Sie an und geben Sie das entsprechende Datum an, wenn Ihr Kind eine der unten aufgeführten Krankheiten hatte oder an den folgenden Zuständen leidet:

Daten vergangener Krankheiten	x	Datum
Windpocken		
Keuchhusten		
Röteln		
Masern (Bitte Nachweis erbringen)		
Mumps		
Rheumatisches Fieber		
Scharlachfieber		
Tuberkulose		
Lungenentzündung		
Poliomyelitis		
Häufige Erkältungen		
Häufige Ohrinfektionen		
Mandelentzündung		
Sonstiges*		

*Zusätzliche Kommentare zu den oben genannten

Leidet der Schüler unter einem der folgenden Punkte?	x	Datum
Diabetes		
Epilepsie		
Herzproblem		
Ohnmacht		
Asthma		
Hörschwierigkeit		
Vision - "-		
Sprache - "-		
Farbenblindheit		
Menstruationsbeschwerden		
Körperliche Beeinträchtigung*		
Konzentrationschwierigkeit		
Betrieb*		
Schwere Verletzungen		
Sonstiges*		

*Zusätzliche Kommentare zu den oben genannten

STUDENT HEALTH FORM (DEUTSCH)

Medizinischer Zustand	Ja	Nein	Die:
Nimmt der Schüler Medikamente ein oder nimmt er welche ein?			
Gibt es eine Einschränkung der körperlichen Aktivität?			
Hat der Schüler Allergien/Nahrungsmittelallergien?			

IMPFUNGEN. Bitte füllen Sie die untenstehende Tabelle aus und legen Sie den Original-Impfausweis Ihres Kindes bei.

Impfungen	Datum	Datum	Datum
Diphtherie			
Keuchhusten C.			
*Masern			

***Das Vorzeigen des Original-Impfausweises im School Office ist zwingend erforderlich)**

Mumps			
Röteln			
Polio-Injektion.			
Polio Oral			
Typhus			
Hepatitis B			
Tetanus			
- "- Booster			
BCG			
HPV			
Windpocken (Varizellen)			
COVID-19			

Diese Angaben sind freiwillig und liegen im Ermessen des Arztes. Alle Gesundheitsinformationen, die Sie uns zur Verfügung stellen, werden vertraulich behandelt. Sie werden nur an geeignete Personen weitergegeben (d. h. an den Gesundheitsdienstleister oder Arzt bzw. im Falle von Internatsschülern an das Personal des Internats).

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Eltern/Erziehungsberechtigten, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind.

Datum Unterschrift

der Eltern/Erziehungsberechtigten