



Health Form

Emergency Contacts Form

This form must be completed and on file in the nurse's office when the student enters school. This enables us to adequately care for your child during the school day.

Um eine angemessene Versorgung Ihres Kindes während der Schulzeit zu gewährleisten, ist es notwendig, dass Sie bei Schuleneintritt dieses Formular vollständig ausfüllen und bei der Schulkrankenschwester abgeben.

CHILD KIND

Name, First name Name, Vorname	Grade Klasse
-----------------------------------	-----------------

Date of Birth Geburtstag	Nationality Staatsangehörigkeit	Sex (Male/Female) Geschlecht (m/w)
-----------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Parent/Guardian Eltern/Erziehungsberechtigte	Siblings (Name) Geschwister (Name)
---	---------------------------------------

Address in Germany Adresse in Deutschland	Phone number (Home) Telefon (zu Hause)
--	---

	Phone number (Business) Telefon (geschäftlich)
--	---

	Mobile (Parent 1) Mobil (Elternteil 1)
--	---

E-Mail	Mobile (Parent 2) Mobil (Elternteil 2)
--------	---

Emergency Contact Kontaktperson für Notfälle	Telephone Telefon
---	----------------------

Health Insurance Group
versichert bei (Krankenkasse, Hauptversicherter)

Name and phone number of Family Physician in Germany
Name und Telefonnummer des Hausarztes in Deutschland

ALLERGIES List allergies your child has. Include foods, drugs, plants, animals.

None

ALLERGIEN Hat Ihr Kind irgendeine Allergie? (Lebensmittel, Medikamente, Pflanzen, Tierhaare) Keine

Allergen	Reaction	Treatment
Allergen	Reaktion	Behandlung

Allergen	Reaction	Treatment
Allergen	Reaktion	Behandlung

Note: If your child has any type of allergy (dietary or otherwise) and needs special precautions to be taken at school, then please be reminded that a doctor's letter is required.

Hinweis: Wenn Ihr Kind eine Allergie hat (Lebensmittelunverträglichkeiten oder andere) und daher besondere Vorsichtsmaßnahmen seitens der Schule ergriffen werden müssen, denken Sie bitte daran, dass ein ärztliches Attest erforderlich ist.

MEDICATION Does your child take medication at home on a daily basis?

No

MEDIKAMENTE Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Medication	For the treatment of	Dose/Time
Medikament	zur Behandlung von	Dos./Uhrzeit

Medication	For the treatment of	Dose/Time
Medikament	zur Behandlung von	Dos./Uhrzeit

Before daily medication can be administered by the school nurse, a "Medication Administration Form" available from the nurse's office must be completed by the parent or guardian. Please contact the school nurse personally if daily medication administration is required. This also applies for short-term medication e.g antibiotics.

Die Schulkrankenschwester darf ihrem Kind nur dann regelmäßig Medikamente verabreichen, wenn ein entsprechendes Formular (erhältlich bei der Schulkrankenschwester) von einem Elternteil oder Erziehungsberechtigten ausgefüllt wurde. Ebenso muss für Kurzzeitmedikamente, z. B. Antibiotika, ein Formular ausgefüllt werden, damit die Schulkrankenschwester/das Schulpersonal es Ihrem Kind verabreichen kann.

TREATMENT Is your child receiving current or ongoing treatment for any medical, surgical or psychological condition?

No

BEHANDLUNG Ist Ihr Kind momentan wegen körperlicher, psychischer oder medizinischer Probleme in ärztlicher Behandlung?

Nein

If yes, please explain and attach physician's statement | Falls ja, bitte erläutern Sie und fügen Sie eine Stellungnahme des Arztes bei.

SPORTS PARTICIPATION Is there any reason why your child cannot participate in Physical Education classes or in intramural/interscholastic sports?

No

TEILNAHME AM SPORTUNTERRICHT Gibt es Gründe, die Ihr Kind daran hindern, am Schulsport (Sportunterricht oder schulübergreifend) teilzunehmen?

Nein

If yes, please explain and attach physician's statement | Falls ja, bitte erläutern Sie und fügen Sie eine Stellungnahme des Arztes bei.

VISUAL OR HEARING DIFFICULTIES SEH- ODER HÖRSCHWÄCHE

No
Nein

Yes
Ja

Glasses
Brille

Contact Lenses
Kontaktlinsen

Hearing Aid
Hörgeräte

SPECIFIC HEALTH CONDITION

If you wish, please share any medical history which you feel is relevant for the school to know in order to best care for your child, i.e., surgical history, past history of hearing or speech problems, history of chronic illnesses such as epilepsy, migraines, hypertension, dermatitis, asthma or any bleeding disorders. Your data will be treated confidentially according to the data protection agreement.

ERKRANKUNGEN

Über Beeinträchtigungen der Gesundheit, Gesundheitsgeschichte und chronische Erkrankungen (wie z.B. Epilepsie, Migräne, Bluthochdruck, Neurodermatitis, Nasenbluten, Asthma, Verletzungen, Operationen oder Hör- und Sprachprobleme) des Kindes sollte die Schule informiert werden. Nur dadurch haben wir die Möglichkeit alle Maßnahmen, die notwendig sind, zu ergreifen und wirksame Hilfe zu leisten. Ihre Angaben werden selbstverständlich entsprechend der mit Ihnen geschlossenen Datenschutzvereinbarung vertraulich behandelt.

ACCIDENT TREATMENT PERMISSION

I understand that all efforts will be made to contact parents first, emergency contacts second and if neither are available I hereby give permission for emergency measures to be initiated in the case of an accident or sudden illness (i.e., simple first aid and/ or calling emergency services). I certify that all contact details & information given is correct and complete.

UNFALLBEHANDLUNG EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Mir ist bewusst, dass im Falle eines Unfalls oder einer plötzlichen Erkrankung alles unternommen werden wird, zuerst die Eltern oder eine Notfall-Kontaktperson zu erreichen. Sollte das nicht gelingen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass Notfallmaßnahmen (bzw. Ambulanz wird benachrichtigt) ergriffen werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Kontaktdaten und Informationen vollständig und zutreffend sind.

In the event my child experiences an injury at school, I will allow the school nurse to disinfect the wound using a pharmacy recommended disinfection lotion/spray. Yes No
Sollte sich mein Kind in der Schule verletzen, erlaube ich der Schulkrankenschwester, die Wunde mit einem von der Apotheke empfohlenen Desinfektionspray zu desinfizieren. Ja Nein

NOTIFIABLE DISEASES

Please be aware that according to German state law certain notifiable diseases must be disclosed with the German health authority. If your child has any of the following diseases please notify the school: botulism, cholera, diphtheria, enteric fever, hepatitis, haemolytic uremic syndrome, measles, meningococcal meningitis or meningococcal sepsis, poliomyelitis, rabies, rubella, typhoid, transmissible spongiform encephalopathy, varicella.

ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

Gemäß dem Infektionsschutzgesetz sind bestimmte übertragbare Krankheiten der Gesundheitsbehörde anzuzeigen. Folgende Krankheiten sind meldepflichtig, bitte informieren Sie die Schule umgehend: Botulismus, Cholera, Diphtherie, humane spongiforme Enzephalopathie, Virushepatitis, enteropathischem hämolytisch-urämischem Syndrom, Masern, Meningokokken-Meningitis oder Sepsis, Milzbrand, Poliomyelitis, Pest, Röteln, Tollwut, Typhus abdominalis, Varizellen.

Signed Unterschrift

Date Datum



MEDICATION ADMINISTRATION FORM
FORMULAR ZUR VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN

Name, First name Name, Vorname

Grade Klasse

Teacher Lehrer/in

Diagnosis Diagnose

Medication, amount to be given (i.e. mL/mg) Medikamente, verabreichte Dosis (z.B. mL/mg)

Time to be given (am/pm) Uhrzeit der Medikamenteneinnahme

Route of administration (oral, as eye drops etc.) Verabreichungsform (oral, Augentropfen, etc.)

Intended duration of medication administration Dauer der Medikamenteneinnahme

Any other Instructions weitere Anweisungen

Signed Unterschrift

Date Datum