

# Health Form

## Emergency Contacts

We would appreciate your completing this form and returning it to the Berlin Metropolitan School/Preschool either by mail or by fax or leave it at the School office.

Wir möchten Sie bitten, dieses Formular ausgefüllt an die Berlin Metropolitan School/Preschool per Mail oder Fax zu senden oder im Sekretariat zu hinterlegen.

### CHILD KIND

Name, First name: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Birthday: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_

Class | School year: \_\_\_\_\_  
Klasse | Schuljahr: \_\_\_\_\_

### Primary Care Physician Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Phone/Mobile: \_\_\_\_\_  
Telefon/Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

### Insurance Information Versicherung

Insurance: \_\_\_\_\_  
Versicherung: \_\_\_\_\_

Policy Holder: \_\_\_\_\_  
Versicherter: \_\_\_\_\_

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

### Emergency medical information Informationen für den Notfall

Date of last tetanus/diphtheria booster: \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Tetanus/Diphtherie Impfung: \_\_\_\_\_

Contact lenses:  yes  no  
Kontaktlinsen: ja nein

Allergies:

Allergien

---

Please submit a doctor's verification note with this form.  
Bitte legen Sie ein ärztliches Attest vor.

Other medical information that might be importance for the school (also for field trips etc.):

Weitere gesundheitliche Angaben, die für die Schule wichtig sein könnten (z.B. für einen Ausflug, etc.):

We declare our consent for the School and for the Health Care Providers authorized by School to carry out minor medical treatment for our child and, in case of my unavailability, to exercise judgment on and give permission for medical emergency treatment and, if necessary, to release medical information from this form.

Wir geben unser Einverständnis, dass die Schule und die von der Schule autorisierte medizinische Hilfsorganisation kleinere medizinische Behandlungen an unserem Kind durchführen dürfen. Im Falle meiner Unerreichbarkeit darf die Schule medizinische Notfallbehandlung gestatten. Falls es notwendig ist, hat die Schule die Erlaubnis dieses Fomular an die behandelnden Ärzte weiterzureichen.

---

Date Datum

---

Signature Unterschrift

---

Date Datum

---

Signature Unterschrift