



# 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	Class Klasse
-----------------------------------	-----------------

---

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

---

Parent/Legal Guardian 1 Eltern/Erziehungsberechtigte 1	Parent/Legal Guardian 2 Eltern/Erziehungsberechtigte 1
---	---

---

Emergency Contact (not the parents) Kontaktperson für Notfälle (nicht die Eltern)	Telephone Telefon
--	----------------------

---

Health Insurance Group  
versichert bei (Krankenkasse, Hauptversicherter)

**ALLERGIES** List allergies your child has. Include foods, drugs, plants, animals.  None  
**ALLERGIEN** Hat Ihr Kind irgendeine Allergie? (Lebensmittel, Medikamente, Pflanzen, Tierhaare) Keine

---

Allergen Allergen	Reaction Reaktion	Treatment Behandlung
----------------------	----------------------	-------------------------

---

Allergen Allergen	Reaction Reaktion	Treatment 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.

**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:

cholera, diphtheria, gastroenteritis caused by EHEC, viral haemorrhagic fever (e.g.: ebola), meningitis caused by Hib bacteria, impetigo (impetigo contagiosa), whooping cough (pertussis), infectious pulmonary tuberculosis, measles, meningococcal infections, mumps, paratyphoid fever, Plague, polio (poliomyelitis), scabies, scarlet fever or other infections due to the bacterium *Streptococcus pyogenes*, bacillary dysentery (shigellosis), Typhoid abdominalis, jaundice/hepatitis caused by hepatitis viruses A or E, chickenpox (varicella), rubella, infectious diarrhea (caused by viruses or bacteria) and / or vomiting, Hand-Foot-Mouth-Disease, Worm infections, Stomatitis, Fifth diseases, Mononucleosis (Pfeiffer's glandular fever), Head lice, Herpes Zoster

## ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

Gemäß dem Infektionsschutzgesetz sind bestimmte übertragbare Krankheiten der Gesundheitsbehörde anzuzeigen. Folgende Krankheiten sind meldepflichtig, bitte informieren Sie die Schule umgehend:

Cholera , Diphtherie , Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC), virusbedingtes hämorrhagisches Fieber, Haemophilus influenza Typ b-Meningitis, Impetigo contagiosa, Keuchhusten, ansteckungsfähige Lungentuberkulose, Masern, Meningokokken-Infektion, Mumps, Paratyphus, Pest, Poliomyelitis, Scabies, Scharlach oder sonstige *Streptococcus pyogenes*-Infektionen, Shigellose, Typhus abdominalis, Virushepatitis A oder E, Windpocken, Röteln, Magen-Darmerkrankungen (Durchfall/Erbrechen), Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Wurmerkrankungen, Stomatitis (Mundfäule), Ringelröteln, Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber), Kopfläuse, Herpes Zoster

---

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