

Datenblatt



Chronische Erkrankung einer Schülerin/eines Schülers

Vorname und Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Klasse: _____ Klassenlehrer/in: _____ Schuljahr: _____

Mein Kind leidet an dieser **chronischen Erkrankung oder schweren Allergie**:

Folgendes sollte diesbezüglich **besonders beachtet** werden (ggf. auf Extrablatt):

- Bei meinem Kind kann es zu einem **akuten Notfall** kommen.
- Dieser kann für mein Kind **lebensbedrohlich** sein.

Was kann im schlimmsten Fall passieren?

Wie muss die betreuende Lehrkraft oder andere Person dann reagieren?

Im Notfall sollen folgende Personen verständigt werden:

1. Person: _____

Telefon: _____

2. Person: _____

Telefon: _____

Mit meiner/unserer Unterschrift willige ich/willigen wir ein, dass diese Informationen **den Klassenlehrerinnen/Klassenlehrern und Fachlehrerinnen/Fachlehrern meines Kindes** weitergegeben werden.

- Darüber hinaus willige ich/willigen wir ein, dass diese Informationen **allen Lehrkräften und den Sekretärinnen des Albert-Schweitzer-Gymnasiums** weitergegeben werden (wichtig bei Vertretungen, außerunterrichtlichen Veranstaltungen sowie Problemen in der Pause).

Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____

Medikamentengabe

- Meinem Kind soll bzw. muss im Notfall von den Lehrkräften oder den Sekretärinnen ein Medikament verabreicht werden. Ich nehme diesbezüglich zeitnah Kontakt mit Ihnen auf.