

## Datenblatt: Chronische Erkrankung eines Schülers

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Klassenlehrer: \_\_\_\_\_ Schuljahr 20\_\_ / \_\_

Mein Kind leidet an der folgenden chronischen Erkrankung oder schweren Allergie:

Folgendes sollte dabei besonders beachtet werden (evtl. auf Extrablatt):

---

---

---

---

---

---

Medikamente:

Mein Kind nimmt keine Medikamente

Mein Kind nimmt folgende Medikamente:

---

---

Folgendes sollte dabei besonders beachtet werden:

---

---

Im Notfall sollen folgende Personen verständigt werden:

1. Person: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

2. Person: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Weitere Kontaktpersonen (z.B. behandelnder Arzt in der Nähe der Schule):

---

Ein Gespräch ist erwünscht. Wir werden uns deswegen bei der Ansprechpartnerin für chronisch kranke Schülerinnen und Schüler melden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r