

Gesundheitsbogen Schule

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Obsorgeberechtigte, liebe Schülerin, lieber Schüler,

aufgrund der verschiedenen Praktika in Familien, Pflege- und Sozialeinrichtungen bzw. in Unterrichtsgegenständen wie z.B. „Bewegung und Sport“ ist eine Grundinformation über die physische und psychische Gesundheit erforderlich. Eine professionelle Aufsichtspflicht kann nur dann wahrgenommen werden, wenn diese Grundinformation über den Gesundheitszustand vorliegt.

Vor- und Zuname der Schülerin/des Schülers

Wohnanschrift der Schülerin/des Schülers

Geburtsdatum der Schülerin/des Schülers

Bestehen folgende Erkrankungen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| – Herz-Kreislaufkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |
| – Magen-Darmerkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |
| – Lungenerkrankungen, z.B. Asthma bronchiale | ☐ ja | ☐ nein |
| – Nieren-, Harnwegserkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |
| – Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |
| – Augenerkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |
| – Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| – Epilepsie | ☐ ja | ☐ nein |
| – Migräneneigung | ☐ ja | ☐ nein |
| – Allergien | ☐ ja | ☐ nein |

Bitte um nähere Beschreibung:

Sonstige Erkrankungen, wie z.B. Bluterkrankheit bzw. Operations- oder Unfallfolgen usw.:

☐ ja ☐ nein

Bitte um nähere Beschreibung:



Körperliche Behinderungen der Motorik, der Sinne oder der psychischen bzw. emotional-sozialen Entwicklung (z.B. Autismus Spektrum).

Ergab sich daraus ein Unterstützungsbedarf?

☐ ja ☐ nein

Bitte um nähere Beschreibung:

Psychische Erkrankungen:

☐ ja ☐ nein

Bitte um nähere Beschreibung:

Ich stimme zu, dass bei schweren Unfällen in grenznahen Kernkraftwerken und ungünstigen Wetterverhältnissen zum Schutz der Schülerinnen/Schüler nach Anordnung der Behörden Kaliumjodidtabletten verabreicht werden können.

☐ ja ☐ nein

Wer ist im Notfall zu verständigen: (Name, Kontaktdaten)

1. 2.

Vor- und Zuname der Obsorgeberechtigten (lt Melderegister inkl. Zweitname und Bindestrich)

1. 2.

Geburtsdatum der Obsorgeberechtigten

1. 2.

Wohnanschrift der Obsorgeberechtigten

1.  

2.  

Telefonnummern und E-Mailadressen

Dieser Fragebogen erhebt allfällige Vorerkrankungen und wird ausschließlich und nur bei Bedarf an den behandelnden Arzt oder im Fall eines Rettungseinsatzes an den Notarzt bzw. Rettungssanitäter übergeben. Bitte geben Sie die entsprechenden Informationen korrekt an. Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung für den oben angegebenen Zweck zu. Die Speicherdauer der personenbezogenen Daten entspricht den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an datenschutz@caritas-stpoelten.at

Ort und Datum

Unterschrift der Schülerin/des Schülers

Unterschrift der Obsorgeberechtigten

Das Caritas Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe ist eine humanberufliche Schule.