

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

Gesundheitsbogen Schülerwohnheim

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

Dieser Fragebogen erhebt zusätzlich zu den Informationen des Gesundheitsbogens Schule weitere Daten, die für den Aufenthalt im Schülerwohnheim von Bedeutung sind. Eine immer größer werdende Zahl der anvertrauten Kinder und Jugendlichen leidet an chronischen Erkrankungen oder unter psychischen Problemen. Seitens des B!GS Gaming kann in diesem Fall nur begleitet und unterstützt werden. Weder die Schule noch das Schülerwohnheim ist eine therapeutische oder medizinische Institution.

Welche physischen bzw. psychischen Erkrankungen bestehen, die eine regelmäßige Medikamenteneinnahme verlangen?

Bitte um nähere Beschreibung:

Gab es in den vergangenen zwei Jahren einen stationären Aufenthalt aufgrund psychischer Probleme?

Bitte um Angabe des Zeitraums/der Zeiträume:

Welche Medikamente müssen derzeit eingenommen werden?

Bitte um nähere Beschreibung:

Die Einnahme der erforderlichen Medikamente erfolgt selbständig durch die Schülerin/den Schüler und unterliegt weder einer Kontrolle noch einer Unterstützung durch das Personal des Schülerwohnheims! Der/Die Schüler*in ist verpflichtet die Medikamente verschlossen aufzubewahren!



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

Mit der Unterschrift der Schülerin/des Schülers und der Obsorgeberechtigten wird bestätigt, dass die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet wurden.

Ort und Datum

Unterschrift der Schülerin/des Schülers

Unterschrift der Obsorgeberechtigten