

Abfrage chronische Erkrankungen

Name des Schülers/ der Schülerin: _____

Geburtsdatum : _____

1. Mein Kind hat folgende Allergie(n) gegen Nahrungsmittel (Nüsse, Erdnüsse, Schalentiere usw.) und zeigt folgende Symptome:

	Ja	Nein
Zöliakie (Glutenunverträglichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laktoseunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruktoseunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Mein Kind hat folgende Allergie(n) gegen Medikamente bzw. Wirkstoffe und zeigt folgende Symptome:

3. Mein Kind hat weitere Allergie(n) gegen (Tierhaar, Pollen, Insektenstiche...) und zeigt folgende Symptome:

<u>Erkrankung</u>	Ja	Nein
Asthma/Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukoviszidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es bestehen folgende Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. koronare Herzerkrankungen und Bluthochdruck):

Erkrankung

Ja Nein

Blasen-/Nierenerkrankung
 Diabetes (Zuckerkrankheit) Falls ja: welcher Typ? _____

Mein Kind ist in der Lage, den Blutzuckerspiegel selbstständig und regelmäßig ohne Hilfestellung durch andere zu messen und zu interpretieren.

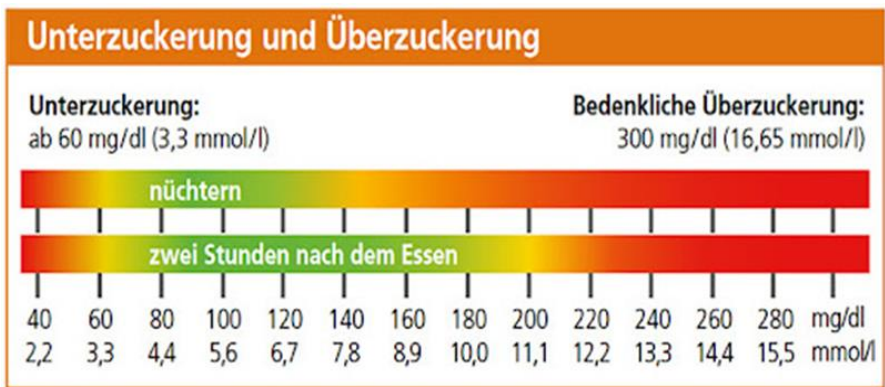
Ja Nein

Mein Kind ist in der Lage, die notwendigen Medikamente zur Regulierung des Blutzuckerspiegels selbstständig zu dosieren und sich diese selbstständig zu verabreichen.

Ja Nein

Wie häufig kommt es zu einer Unterzuckerung?

Wie häufig kommt es zu einer Überzuckerung?



	Ja	Nein
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluter / Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Kind ist gegen Tetanus geimpft:
(Impfpass bitte mitgeben zur Klassenfahrt)

	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Kind hat ein geschwächtes Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können, wie z. B. Cortison)

	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere - auch psychische - Erkrankungen und ihre Symptome bei meinem Kind:

Mein Kind nimmt folgende Medikamente:

Medikament / Dosierung / Uhrzeit / Bemerkung

Mein Kind ist in der Lage, die oben genannten notwendigen Medikamente selbstständig zu dosieren **und** einzunehmen. :

	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum und Unterschrift

