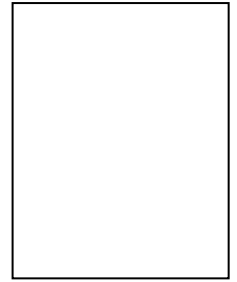


Das ausgefüllte Formular ist in einem geschlossenen und an die Krankenstation adressierten Umschlag dem Einschreibungsantrag zuzufügen.

Europäische Schule Luxembourg I
23, Boulevard Konrad Adenauer
L – 1115 LUXEMBOURG

Europäische Schule Luxembourg II
6 Rue Gaston Thorn
L – 8268 BERTRANGE



SCHULMEDIZINISCHER DIENST

**VERTRAULICHER FRAGEBOGEN.
BITTE AUSFÜLLEN UND ZUSAMMEN MIT EINER KOPIE DES
IMPFASSES AN DEN SCHULÄRZTLICHEN DIENST WEITERGEBEN.**

PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME des Kindes : VORNAME:

GEBURTSDATUM : GEBURTSORT :

NATIONALITÄT: GESCHLECHT: Männlich : () Weiblich: ()

Stufe: Klasse: Sprachsektion

ADRESSE :

NAME des Erziehungsberechtigten:.....

ADRESSE :

NAME des behandelnden Arztes :

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Tel: Mutter : Privat :

Arbeit :

Mobil:

Tel. Vater : Privat :

Arbeit :

Mobil :

Telefonnummer einer anderen Person die wir im Fall eines Unfalls oder einer Krankheit informieren können und die Ihr Kind, falls notwendig, abholen kann.

Name:

Tel: Privat:

Arbeit:

Mobil:

ANGABEN ÜBER FAMILIENANGEHÖRIGE

VATER NAME: VORNAME:

GEBURTSDATUM:..... GEBURTSORT:.....

BERUF : GESUNDHEITZUSTAND:

Größe :

MUTTER NAME:..... VORNAME:.....

GEBURTSDATUM:..... GEBURTSORT:.....

BERUF:..... GESUNDHEITZUSTAND:.....

Größe :

GESCHWISTER

Name und Vorname	Geburtsdatum und Geburtsort	Gesundheitszustand

ANGABEN ÜBER DAS KIND

Wurde das Kind zum errechneten Termin geboren? Ja/Nein
War es eine Frühgeburt? Ja/Nein
War es eine Spätgeburt? Ja/Nein
Musste das Kind wiederbelebt werden? Ja/Nein
Hatte es Atembeschwerden, Verdauungsstörungen oder andere Beschwerden? Ja/Nein
War eine Missbildung vorhanden? Ja/Nein
Falls ja, welche.....

Geburtsgewicht:..... Geburtsgröße:.....

Konnte Ihr Kind mit 18 Monaten allein gehen? Ja/Nein
Hat Ihr Kind :
Sprachprobleme? Ja/Nein
Entwicklungsstörungen? Ja/Nein
Hyperaktivität? Ja/Nein
Psychologische Störungen oder Verhaltensstörungen? Ja/Nein
Ein bestimmtes Syndrom? Ja/Nein
Andere Probleme? Ja/Nein
.....

Infektionskrankheiten

Hatte Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten ? Wenn ja, bitte Datum angeben:

Masern: Virale oder bakterielle Hirnhautentzündung :

Röteln: Infektiöse Gelbsucht :

Windpocken: Lungenentzündung:

Mumps: Bronchitis :

Scharlach: Häufige Ohrenentzündungen:

Akutes Gelenkrheuma:..... Häufige Mandelentzündungen:.....

Chronische Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, Verletzungen

Allergien*	Ja/Nein	Krämpfe	Ja/Nein
Wenn ja, welche?.....		Epilepsie	Ja/Nein
.....		Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja/Nein
.....		Herzbeschwerden	Ja/Nein
Heuschnupfen	Ja/Nein	Probleme mit der Verdauung	Ja/Nein
Ekzem	Ja/Nein	Urogenitale Probleme	Ja/Nein
Asthma	Ja/Nein	Andere Krankheiten: welche:.....	
		

Wurde Ihr Kind schon operiert?	Ja/Nein	Wenn ja, weshalb?.....	
Hatte es Knochenbrüche?	Ja/Nein	Wenn ja, welche?.....	
Hatte es Verbrennungen?	Ja/Nein	Wenn ja, welche?.....	
War Ihr Kind hospitalisiert?	Ja/Nein	Wenn ja, weshalb?	

Braucht Ihr Kind „Notfallmedikamente“ in der Schule? Ja/Nein

* Bei Gesundheitsproblemen, die eine besondere Aufsicht und/oder einen dringenden Eingriff erfordern, muß ein von dem behandelnden Arzt unterschriebenes Dokument „Projet d'accueil individualisé“ (individueller Notfallplan) sowie die notwendigen Medikamente bei der Krankenstation der Schule die das Kind besucht, abgegeben werden.

Die Zubereitung von Mahlzeiten für Kinder mit Allergien liegt in der Verantwortung der Eltern.

Es ist möglich, dass spezielle Mahlzeiten für Kinder mit Nahrungsmittelallergien zubereitet werden. Kontaktieren Sie bitte:

- Der Anbieter für die Kantine von Luxemburg I: Sodexo www.sodexoeducation.lu.
- Der Anbieter für die Kantine von Luxemburg II: Eurest contact.eel2@eurest.lu oder 00352 2631 3187

Die Einschreibung in der Schulkantine ist die Verantwortung der Eltern.

AKTUELLER GESUNDHEITZSTAND DES KINDES

Fühlt Ihr Kind sich wohl? Ja/Nein
Falls nein, worüber beklagt es sich?

Spricht es fehlerfrei? Ja/Nein
Hat es Schwierigkeiten mit der Aussprache? Ja/Nein
Stottert es? Ja/Nein
Falls ja, geschieht das öfters?

Ist das Kind vollständig sauber, sowohl im Hinblick auf Urin als auch auf Stuhlgang? Ja/Nein
Falls nein, welche Schwierigkeit besteht noch?

Um in den Kindergarten zu gehen, müssen die Kinder unbedingt sauber sein.

Schläft Ihr Kind gut? Ja/Nein von..... bis.....
Falls nein, welche Schwierigkeiten bestehen?

Wenn es sich um ein Mädchen handelt, hat sie ihre Regelblutung schon bekommen? Ja/Nein

Ist es oft traurig?	Ja/Nein		
Schläft es allein in einem Raum?	Ja/Nein	verschlossen?	Ja/Nein
Schläft es allein in einem Bett?	Ja/Nein	ängstlich?	Ja/Nein
Ist es nervös?	Ja/Nein	teilnahmslos ?	Ja/Nein
Hat es oft Wutausbrüche?	Ja/Nein	aggressiv ?	Ja/Nein
Weint es oft?	Ja/Nein		

Spielt es immer allein oder beteiligt es sich an Spielen gleichaltriger Kinder?
.....

AKTUELLE BEHANDLUNG

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja/Nein
Falls ja, welche?.....
.....

Wird Ihr Kind mit Krankengymnastik behandelt? Ja/Nein
 Hat Ihr Kind eine oder mehrere Kontrollen beim Augenarzt gehabt? Ja/Nein
 Muss es eine Brille tragen? Ja/Nein regelmäßig ? Ja/Nein
 zeitweise? Ja/Nein

Datum der letzten Kontrolle :

Sind Sie der Ansicht, dass Ihr Kind normal hört? Ja/Nein
 Wird sein Gehörsinn überwacht? Ja/Nein

Wird es durch einen Psychologen betreut? Ja/Nein
 Bekommt es eine logopädische Betreuung? Ja/Nein

Hat es eine pädagogische Unterstützung in der Klasse oder außerhalb bekommen? Ja/Nein

Hat es an einem individuellen pädagogischen Programm teilgenommen? Ja/Nein

Wenn ja, an welchem?:

Die Angaben die in diesem Fragebogens enthalten sind, sind vertraulich und können nicht weitergegeben werden. Wenn das Kind die Schule verlässt, können die Eltern diesen Bogen beim schulärztlichen Dienst abholen.

Im Falle von Fieber und / oder Schmerzen erlaube ich der Krankenschwester:

Paracetamol Ja/Nein

Ibuprofen Ja/Nein

zu geben.

Falls Ihr Kind an einer chronischen Krankheit leidet, die eine besondere Überwachung oder Dauerbehandlung erfordert, bitten wir Sie, das zuständige Lehrpersonal davon in Kenntnis zu setzen.

Im Fall eines größeren Unfalls während der Schulzeiten, wird das Kind mit dem Krankenwagen ins Krankenhaus gebracht und vom medizinischen Fachpersonal der Ambulanz begleitet. Die Eltern werden dann sofort von der Schule informiert.

Der schulärztliche Dienst steht natürlich zu Ihrer Verfügung.

Datum : Unterschrift der Eltern:

Krankenschwestern		
Europäische Schule Luxembourg I 23, Boulevard Konrad Adenauer L – 1115 Luxembourg	Kindergarten	Frau. Claudine REUTER
	Primarstufe	Frau Nadine FAYOLLE Frau Larissa MOLITOR
	Sekundarstufe	Frau Silvia GARCIA Frau Nadine FAYOLLE
Europäische Schule Luxembourg II 6 Rue Gaston Thorn L – 8268 Bertrange	Kindergarten / Primarstufe	Frau Concepcion PRAT PADROS Frau Margarita RODRIGUEZ Frau Marjorie THIRY
	Sekundarstufe	Frau Alexandra ROTH Frau Marjorie THIRY