

Liebe Eltern,
 bitte tragen Sie die folgenden freiwilligen Angaben möglichst vollständig und genau ein.
 Wir sind auf Ihre Informationen angewiesen, um Ihr Kind bestmöglich kennen zu lernen
 und die medizinische Versorgung sicher, schnell und gezielt leisten zu können. Danke.



Bayerische Landesschule
 für Körperbehinderte
 seit 1832
 Medical Point

Medizinischer Bogen

 Nach- und Vorname

Geburtsdatum		Staatsangehörig.		Religion		
Anschrift						
Telefon (privat)		Telefon (beruflich)				
Handy		Email				
Erziehungsberecht.						
Dauermedikation <i>(Bitte Menge und Einnahmezeit auch Zuhause)</i>						
Bedarfsmedikation						
Hilfsmittel						
Allergie						
Anfälle <i>(Verlauf)</i>						
Impfungen <i>(mit letztem Datum)</i>	Tetanus		Diphtherie		Pertussis	
	Hib		Hepatitis B		Hepatitis A	
	Polio		MMR		FSME	
	Meningok.		Pneumok.		Typhus	
	Varizellen		Influenza		COVID 19	
Hausarzt				Telefon		
Anschrift						
Fachärzte						
Wichtige Operationen						
Krankenkasse				Versichert mit		
Teilnahme an sportlichen Aktivitäten erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Teilnahme am Schwimmen erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Besonderheiten						

Ich willige ein, dass die Daten vom Fachpersonal der Bayerischen Landesschule im Rahmen der medizinischen Betreuung der Schüler – und im Notfall auch vom Notarzt - gespeichert und genutzt werden dürfen.

 Ort, Datum

 Unterschrift