

Elternfragebogen zu chronischen Erkrankungen / Besonderheiten / Förderbedarf

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,
sowohl chronische Erkrankungen, als auch andere besondere Lebensumstände können sich auf alle Lebensbereiche der Betroffenen auswirken. Für unsere Arbeit im Schulalltag, aber auch für die Planung und Vorbereitung von außerunterrichtlichen Veranstaltungen (Ausflüge/Schullandheim etc.) ist es wichtig informiert zu sein. Damit wir gemeinsam mit Ihnen gegebenenfalls frühzeitig unterstützende Maßnahmen ergreifen können, sind wir als Schule auf Ihre Informationen angewiesen.

Diese Angaben sind selbstverständlich freiwillig und werden von uns vertraulich behandelt.

Bitte teilen Sie uns Änderung zeitnah mit!

Name, Vorname des Kindes **Klasse**

Mein/unser Kind hat folgenden **Förderbedarf**:

- ☐ Diagnostizierte Dyskalkulie (Rechenschwäche)
- ☐ Diagnostizierte LRS (Lese-Rechtschreib-Schwäche)
- ☐ Sonstige Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben
- ☐

Mein/unser Kind hat folgende **Erkrankung/en**:

- ☐ ADS / ADHS
- ☐ Angststörungen
- ☐ Asthma
- ☐ Autismus
- ☐ Autoimmunerkrankungen (wenn ja, welche)
- ☐ Darmerkrankungen (wenn ja, welche)
- ☐ Diabetes
- ☐ Ess-Störungen
- ☐ Hörbehinderung, z. B. Cochlea-Implantat
- ☐ Migräne

Mein/unser Kind hat folgende **Erkrankung/en**:

- ☐ Neurodermitis
- ☐ Orthopädische Erkrankungen (wenn ja, welche)
- ☐ Psychosomatische Erkrankungen (wenn ja, welche)
- ☐ Störungen des Emotional- und Sozialverhaltens (wenn ja, welche)
.....
- ☐

☐ Mein Kind hat **Allergien / Lebensmittel- oder Medikamenten-Unverträglichkeiten**:

.....

.....

Folgendes ist besonders zu beachten:

.....

.....

Medikamente:

- ☐ mein Kind nimmt keine Medikamente
- ☐ mein Kind nimmt Medikamente:
- ☐ mein Kind führt das Notfall-Medikament stets bei sich
- ☐ zusätzlich ist ein Notfall-Medikament im Sekretariat zu lagern
- ☐ Schulleitung / Lehrer werden von uns über die Einnahme / Anwendung informiert
- ☐ Ich / Wir vereinbaren über das Sekretariat einen Gesprächstermin

Im Notfall sind zu verständigen:

1. Telefon:
2. Telefon:

Datum

Name in Druckschrift

Unterschrift