



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name, Vorname:

Klasse:

Internat: ☐ nein ☐ ja

Füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus. Für interne Schülerinnen und Schüler bitte zusätzlich die Seiten 2 & 3 ausfüllen. Die Daten werden vertraulich behandelt und sind ausschliesslich für die Mitarbeitenden des Gymnasiums Immensee und allenfalls für medizinisches Fachpersonal bestimmt.

1 BADEERLAUBNIS

Unsere Tochter/unser Sohn hat ausdrücklich die Erlaubnis, im See (unbeaufsichtigte Bademöglichkeit) schwimmen zu gehen: ☐ nein ☐ ja

2 SCHMERZMITTELABGABE

Wir bestätigen, dass die Schule unserer Tochter/unserem Sohn wenn nötig das Schmerzmittel DAFALGAN zur Einnahme abgeben darf: ☐ nein ☐ ja

3 UNVERTRÄGLICHKEIT/ALLERGIEN

Unsere Tochter/unser Sohn hat eine Unverträglichkeit auf gewisse Medikamente (z.B. Antibiotika, u.a.) oder Nahrungsmittel (z.B. Nüsse, u.a.):

☐ nein ☐ ja, folgende:

Die allergische Reaktion kann folgendermassen aussehen (Ausschlag, Atemnot, Bewusstlosigkeit oder andere Folgeerscheinungen):

4 KRANKHEITEN

Unsere Tochter/unser Sohn leidet an folgenden Krankheiten (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Diabetes, u.a.):

Weitere Bemerkungen zum Gesundheitszustand:

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

FÜR INTERNE SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER ZUSÄTZLICH DIE SEITEN 2 & 3 AUSFÜLLEN

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN INTERNAT

5 REGELMÄSSIGE MEDIKATION

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmässig Medikamente ein?

☐nein ☐ja, folgende:

Wichtiger Hinweis:

Für die Verabreichung von regelmässig einzunehmenden Medikamenten im Internat benötigen wir zwingend eine aktuelle ärztliche Verordnung. Wir bitten Sie, uns diese zusammen mit den entsprechenden Medikamenten am Anreisetag zur Verfügung zu stellen. Bei Änderungen der Medikation ist eine aktualisierte ärztliche Verordnung erforderlich und uns umgehend zu übermitteln.

6 MITGABE VON VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGEN MEDIKAMENTEN - MITTAGSEINNAHME

Aufgrund unserer Präsenzzeiten (Morgen und Abend) kann es erforderlich sein, dass Schülerinnen und Schüler Medikamente auch während der Schulzeit (z.B. über Mittag) einnehmen.

Wir bitten Sie um Ihre Zustimmung, dass wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ärztlich verordnete Medikamente für die Einnahme am Mittag vorbereitet und sachgemäss verpackt am Morgen mitgeben dürfen.

☐nein ☐ja
Falls ja, bitte genaue Angaben:
(Medikament, Dosierung, Einnahmezeitpunkt)

7 MITGABE VON VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGEN MEDIKAMENTEN - MORGENEINNAHME

In begründeten Ausnahmefällen (z.B. bei späterem Schulbeginn oder ausfallenden Morgenlektionen) kann es sinnvoll sein, dass Medikamente bereits am Vorabend mitgegeben werden, damit die Einnahme eigenständig am Morgen erfolgen kann. Die Mitgabe erfolgt ausschliesslich nach sorgfältiger Einschätzung der Betreuungspersonen und nur bei Schülerinnen und Schülern, denen ein zuverlässiger und eigenverantwortlicher Umgang mit der Medikation zugetraut werden kann.

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihrer Tochter/Ihrem Sohn in solchen Ausnahmefällen verschreibungspflichtige Medikamente am Vorabend zur eigenständigen Einnahme am Morgen abgegeben werden dürfen?

☐nein ☐ja
Bemerkungen:

8 ZUSÄTZLICHE ANGABEN

Hausarzt, Ort, Tel.:

Krankenversicherung:

Versichertennummer:

Versicherte Spitalklasse:

☐

allgemein

☐

halbprivat

☐

privat

Falls eine stationäre Einweisung nötig ist, soll unser Sohn/unsere Tochter in folgendes Spital eingewiesen werden:

☐

Spital Schwyz

☐

Kinder-/Spital Luzern

☐

Anderes Spital:

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Bitte informieren Sie uns umgehend über Änderungen des Gesundheitszustandes/Medikation Ihrer Tochter/Ihres Sohnes.