



Medizinisches Datenblatt

(Seite 2 von 3)

Hilfsmittel nein / ja wenn ja welche: _____

Medizinische Geräte nein / ja wenn ja welche: _____

wenn ja siehe **Anlage 2**

Pflegemaßnahmen nein / ja

wenn ja welche: _____

Bei meinem Kind ist folgendes zu beachten: (Z.B. wenn Ihr Kind aufgrund medizinischer Besonderheiten in eine spezielle Klinik gebracht werden muss)

Hiermit willigen wir ein, dass im Bedarfsfall die Daten an Dritte (z.B. Ärzte) weitergegeben werden dürfen.

Wir verpflichten uns, Änderungen aller gemachten Angaben unverzüglich schriftlich an das Schulbüro zu melden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)