



Name des Schülers / der Schülerin: .....

Geburtsdatum und -ort: ...../...../..... .....

Die folgenden Fragen müssen wahrheitsgemäss vom Hausarzt/-ärztin des Schülers/der Schülerin beantwortet werden. Diese Informationen dienen uns dazu, bei auftretenden Problemen die richtige Hilfestellung leisten zu können!

### Gegen welche der folgenden Krankheiten ist der Schüler / die Schülerin geimpft?

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Tetanus     |
| <input type="checkbox"/> TBC        | <input type="checkbox"/> Diphtherie  |

### Welche der folgenden Krankheiten hat der Schüler / die Schülerin jemals gehabt?

- |                                     |                                      |                                       |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Allergien    |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | Wenn ja, welche:                      |
| <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Aids        | .....                                 |
| <input type="checkbox"/> TBC        | <input type="checkbox"/> Asthma      | .....                                 |

Weitere Impfungen: .....

### Andere Erkrankungen

.....  
.....  
.....

### Medikamente

Nimmt der Schüler / die Schülerin regelmässig Medikamente?  ja  nein

wenn ja, welche .....

.....

Ist der Schüler / die Schülerin gegen Medikamente allergisch?  ja  nein

wenn ja, welche .....

.....

Hat oder hatte der Schüler / die Schülerin jemals psychische Probleme?  ja  nein

wenn ja, welche, wann und wie wurde behandelt.....

.....

Hat der Schüler / die Schülerin in den letzten 5 Jahren einschneidende Erfahrungen gemacht (z.B. Todesfall in Familie/engem Freundeskreis, Trennung der Eltern o.ä.)?  ja  nein

wenn ja, welche und wann.....

.....

Trägt der Schüler / die Schülerin  Kontaktlinsen  Brille  keine Sehhilfe

Hiermit erkläre ich, dass ich den Schüler/die Schülerin für emotional stabil halte.

Meines Wissens nach gibt es keine Gründe, die gegen einen Auslandsaufenthalt sprechen.

Datum: ..... Ort: .....

Unterschrift des Arztes: .....



Arztstempel