

# Chronische Krankheiten

Schüler*in	Nachname, Vorname	
Lebenssituation und persönliches Umfeld	Im Haushalt leben (Geschwister bitte mit Geburtsjahr angeben):	
	Tod eines nahen Verwandten oder einer nahestehenden Person:	
	Sonstiges	
Schulrelevante Einschränkungen oder chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ADHS <input type="checkbox"/> ADS <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Angststörungen <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Autistische Spektrums-Störung <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit <input type="checkbox"/> Borderline-Störung <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen, chronische <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Dyskalkulie (diagnostiziert) <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Orthopädische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Psychische Störungen anderer Art <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Zwangsstörungen	<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere Anfallserkrankungen <input type="checkbox"/> Ess-Störungen <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> LRS (diagnostiziert) <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Mutismus <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung <input type="checkbox"/> Störung des Emotional- und Sozialverhaltens <input type="checkbox"/> Tourette-Syndrom <input type="checkbox"/> Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Zöliakie
	Sonstiges:	

Allergien/ Lebensmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja und zwar folgende:  Hierbei sollte besonders beachtet werden:
Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja und zwar folgende:  Folgendes sollte dabei beachtet werden:  Medikamenten- bzw. Wirkstoffunverträglichkeit:
Informationsweitergabe	<input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass diese Informationen an die Klassen- <b>und</b> FachlehrerInnen meines Kindes weitergegeben werden.  <input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass diese Informationen an die KlassenlehrerInnen weitergegeben werden.  <input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich, dass dies Informationen nur an die Schulleitung und an die AnsprechpartnerInnen für chronisch Kranke weitergegeben werden.
<p>Ich versichere die Richtigkeit der obigen Angaben. Mir ist bekannt, dass sie für die Zwecke der Schulleitung elektronisch gespeichert werden. Ich akzeptiere mit der Anmeldung die Schulordnung des Gymnasiums Bad Waldsee.</p> <p>Bad Waldsee, <span style="margin-left: 200px;">Unterschrift:</span></p>	