

STUDENT MEDICAL FORM

Student Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ Home Tel.No.: _____
Family Name First Name Day/Month/Year

German Home Address: _____
Street Post Code Town/City

Parents (or guardians)

Name: _____ Tel. Work: _____ Mobile: _____

Name: _____ Tel. Work: _____ Mobile: _____

Emergency Contact Name and Tel. No.: _____

Medical Insurance Company: _____ Policy Number: _____
Krankenversicherung: Mitgliedsnummer:

In order to keep an up to date medical record of your child, please answer the following questions:
Um aktuelle Angaben über den Gesundheitszustand Ihres Kindes zu haben, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Does your child suffer from any of the following conditions? <i>Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?</i>	yes/no <i>ja/nein</i>	Previous Illnesses <i>Frühere Krankheiten</i>	yes/no <i>ja/nein</i>	Immunisation <i>Impfung</i>	month/year (most recent vaccination) <i>Monat/Jahr (letzte Impfung)</i>
Visual problems <i>Sehstörungen</i>		Chickenpox <i>Windpocken</i>		Polio <i>Kinderlähmung</i>	
Asthma <i>Asthma</i>		German Measles <i>Röteln</i>		Diphtheria <i>Diphtherie</i>	
Diabetes <i>Diabetes</i>		Measles <i>Masern</i>		Tetanus/Booster <i>Tetanus/Auffrischimpfung</i>	
Epilepsy <i>Epilepsie</i>		Mumps <i>Mumps</i>		Pertussis (Whooping Cough) <i>Keuchhusten</i>	
Eczema <i>Hautekzem</i>		Scarlet Fever <i>Scharlach</i>		Measles <i>Masern</i>	
Hay Fever <i>Heuschnupfen</i>		Frequent Colds <i>Häufige Erkältungen</i>		Rubella (German Measles) <i>Röteln</i>	
Heart Disorders <i>Herzstörungen</i>		Ear Infections <i>Ohrinfektionen</i>		Mumps <i>Mumps</i>	
Hearing Difficulties <i>Schwerhörigkeit</i>		Operations <i>Operationen</i>		Hepatitis B <i>Hepatitis B</i>	
Speech Impediment <i>Sprachfehler</i>		Does your child wear glasses? <i>Ist Ihr Kind Brillenträger?</i>			
Allergies (if yes, which?) <i>Allergien (wenn ja, welche?)</i>					

Does the school have your permission to take your child to the nearest hospital in case of emergency? Yes No
Erteilen Sie der Schule Ihre Genehmigung im Notfall Ihr Kind ins nächste Krankenhaus zu fahren?

Does the school have permission to give your child non-prescription medication, including Paracetamol (Tylenol)? Yes No
Erteilen Sie der Schule Ihre Genehmigung Ihrem Kind nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (auch Paracetamol) zu verabreichen?

Does the student routinely take medication? *Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?* Yes No
 If yes, please give brief details: _____
Wenn ja, bitte nähere Angaben:

Is there any reason for your child to have restricted physical activity, including swimming? Yes No
Liegen Gründe für die eingeschränkte Teilnahme am Sportunterricht, inclusive Schwimmen, vor?
 If yes, please explain: *Wenn ja, bitte erläutern:* _____

Signature of parents / guardians _____ Date ____/____/____

Day Month Year
Dec 2002