Gesundheitsformular Erasmus+ Schüler-Langzeitmobilität

Der Schüler muss neben einer Kopie des bestehenden Impfschutzes (Kopie Impfbuch) den folgenden Nachweis in einem geschlossenen Umschlag während der Mobilität bei sich führen. Der Umschlag darf nur in medizinisch begründeten Fällen von der Ärztin/vom Arzt geöffnet werden. Ggf. kann dem Umschlag auch ein Medikamentenplan beigefügt werden.

Name der Schülerin/des Schülers: Maxine Musterfrau

Heimatland: Deutschland

Geburtsdatum: XX.XX.XXXX

**1** Allergien: ○ ja ○ nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Art der Allergie, verordnete Medikamente, Namen der Medikamente, Dosierung und Häufigkeit der Medikamenteneinnahme an.

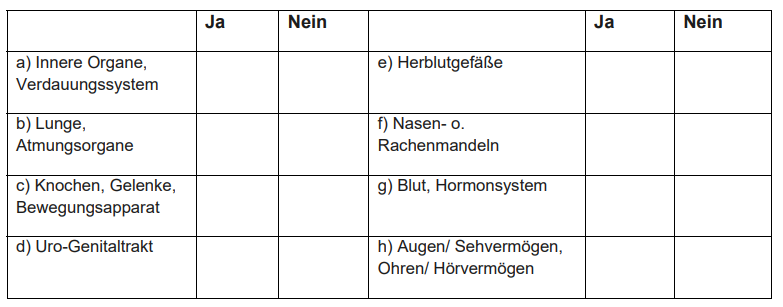
**2** Asthma: ○ ja ○ nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Art des Asthmas, Schwere, verordnete Medikamente, Namen der Medikamente, Dosierung und Häufigkeit der Medikamenteneinnahme an.

**3** Diabetes: ○ ja ○ nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Art des Diabetes, Schwere, verordnete Medikamente, Namen der Medikamente, Dosierung und Häufigkeit der Medikamenteneinnahme an.

**4** Wurde bei der Schülerin/dem Schüler heute oder in der Vergangenheit eine Erkrankungen oder gesundheitlichen Störung an einem der folgenden Organe und Systeme festgestellt?



Wenn ja, bitte erläutern (gegebenenfalls auf zusätzlichen Seiten). Geben Sie auch an, ob spezielle Hilfsmittel, Anpassungen oder Hilfestellungen benötigt werden.

**5** War die Schülerin/der Schüler schon einmal im Krankenhaus? ○ ja ○ nein

*Wenn ja, bitte Datum, Diagnosen und Folgen der einzelnen Krankenhausaufenthalte angeben.*

**6** Nimmt die Schülerin/der Schüler zurzeit Medikamente ein oder erhält Injektionen (die nicht bereits vorstehend angegeben wurden)? ○ ja ○ nein

*Wenn ja, geben Sie die Namen der Medikamente, den Grund für die Verabreichung, die Dosierung und die Häufigkeit der Verabreichung an*.

**7** Hat die Schülerin/der Schüler jemals wegen einer nervösen oder emotionalen Störung oder einer Essstörung eine Neurologin/einen Neurologen, eine Psychologin/einen Psychologen oder eine andere Spezialistin/einen anderen Spezialisten aufgesucht? ○ ja ○ nein

**8** Bestehen seit längerer Zeit oder gibt es seit kurzer Zeit Hinweise auf eine nervöse oder emotionale Störung oder eine Essstörung? ○ ja ○ nein

Lautet die Antwort auf die Frage 7 oder 8 „Ja“, ist ein vollständiger Bericht der Spezialistin/des Spezialisten und eine Erklärung der Eltern zur Erkrankung oder zu dem speziellen Problem beizufügen. Hinweis: Der Aufenthalt in einer ausländischen Gastfamilie, Gastschule und Gastgemeinschaft erfordert Anpassungen, die häufig mit emotionalem Stress verbunden sind. Ein derartiger Aufenthalt stellt keine Unterbrechung oder Pause einer gerade durchgeführten Therapie dar. Leidet die Schülerin/der Schüler zurzeit unter emotionalen, körperlichen, persönlichen oder familiären Schwierigkeiten, so könnten diese Schwierigkeiten durch die Anforderungen des Auslandsaufenthalts erheblich verschlimmert werden. Daher sind sie aufgefordert, den aktuellen und früheren gesundheitlichen Zustand bzw. die aktuelle und frühere Behandlung der Schülerin/des Schülers sowie deren/dessen Fähigkeit zum Umgang mit potenziellen Anpassungen und Stress in einer fremden Umgebung sorgfältig zu bewerten.

**9** Gibt es gesundheitliche Gründe, aus denen die Schülerin/der Schüler nicht an bestimmten Aktivitäten und/oder Sportarten teilnehmen darf, oder gibt es andere medizinische Informationen, die bei einem Aufenthalt an einer ausländischen Schule und in einer ausländischen Familie berücksichtigt werden müssen? ○ ja ○ nein

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte.

**10** Trägt die Schülerin/der Schüler Kontaktlinsen? ○ ja ○ nein

Wenn ja, bitte Werte der Sehschwäche angeben.

**11** Wann hat sich die Schülerin/der Schüler zuletzt einer zahnärztlichen Untersuchung unterzogen?

**12** Trägt die Schülerin/der Schüler eine Zahnspange? ○ ja ○ nein

Wenn ja, ist während des Auslandsaufenthalts eine kieferorthopädische Versorgung erforderlich?

○ ja ○ nein

Wenn ja, wie oft?

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Ich attestiere hiermit, dass der Schüler gründlich untersucht wurde und alle wichtigen Informationen auf dem Formular angegeben sind. Ich bestätige, dass der Schüler reisetauglich ist.

Name und Titel der Ärztin/des Arztes:

Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer):

Stempel und Unterschrift/Datum

Unterschrift Teilnehmer / Erziehungsberechtigter

Ich, der Unterzeichnende, bestätige hiermit, dass die in diesem Gesundheitsformular enthaltenen Informationen korrekt und vollständig sind; mir ist bewusst, dass ungenaue oder unvollständige Angaben schädlich für die Gesundheit der Schülerin/des Schülers sein und zu einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an der Schüler-Langzeitmobilität führen könnten. Ich bin damit einverstanden, dass der Umschlag mit diesem Formular während der Laufzeit der Aktion von einer Ärztin/einem Arzt geöffnet werden darf, die/der mein Kind in einem medizinisch notwendigen Fall behandelt. Ich erkläre mich damit einverstanden, der Gastschule und der Gastfamilie erforderlichenfalls alle einschlägigen Informationen in Bezug auf die Gesundheit meines Kindes mitzuteilen. Alle persönlichen Daten werden vertraulich behandelt.

