**Gesundheitsformular – Teil 1 und Teil 2 (Arzt/Ärztin, Eltern/Erziehungsberechtigte/r, Schülerin/Schüler)**

Dieses Gesundheitsformular besteht aus zwei Teilen: Teil 1: Medizinisches Gutachten zur Eignung der Schülerin/des Schülers zur Teilnahme an der Aktion und Teil 2: Formular mit Gesundheitsdaten. Teil 1 muss von einer Ärztin/einem Arzt ausgefüllt, ausgedruckt, unterschrieben und an die entsendende Schule geschickt werden, um die Auswahl der Schülerin/des Schülers für die Teilnahme an der Erasmus+ Schüler-Langzeitmobilität zu bestätigen. Teil 2 muss ebenfalls von einer Ärztin/einem Arzt ausgefüllt, von den Eltern/Erziehungsberechtigten und der Schülerin/dem Schüler unterschrieben und in einem verschlossenen Umschlag aufbewahrt werden. Die Schülerin/Der Schüler muss diesen Umschlag mit sich führen und der Umschlag darf nur dann von einer behandelnden Ärztin/einem behandelnden Arzt geöffnet werden, wenn dies medizinisch notwendig ist.

**Teil 1: Medizinisches Gutachten zur Eignung der Schülerin/des Schülers zur Teilnahme an der Aktion**

Dieser Teil des Dokuments muss ausgedruckt und an die entsendende Schule geschickt werden, um die Auswahl der Schülerin/des Schülers für die Teilnahme an der Erasmus+ Schüler-Langzeitmobilität zu bestätigen.

Ich, die/der Unterzeichnete, attestiere hiermit, dass die Schülerin/der Schüler gründlich untersucht wurde, dass alle entsprechenden medizinischen Informationen auf dem Gesundheitsformular angegeben sind und dass die Schülerin/der Schüler reisetauglich ist. Mir ist bewusst, dass die Auslassung von Informationen schädlich für die Gesundheit der Schülerin/des Schülers sein und zu einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an der Schüler-Langzeitmobilität führen könnte.

Ich bin der Ansicht, dass die Schülerin/der Schüler in Anbetracht ihrer/seiner medizinischen und/oder psychologischen Vorgeschichte **in der Lage ist / nicht in der Lage** ist (Unzutreffendes bitte streichen), an der Erasmus+ Schüler-Langzeitmobilität teilzunehmen.

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Titel der Ärztin/des Arztes | Stempel und Unterschrift |
| Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse) | Datum |

**Teil 2: Gesundheitsformular**

Die Schülerin/Der Schüler beabsichtigt, 2 bis 12 Monate an einer ausländischen Gastschule zu verbringen und bei einer ausländischen Gastfamilie zu leben. Falsche oder unvollständige Angaben zu ihrer/seiner Gesundheit könnten zu Schwierigkeiten während des Auslandsaufenthalts führen. Das Formular muss von der Ärztin/dem Arzt der Schülerin/des Schülers ausgefüllt werden. Die Ärztin/Der Arzt darf **nicht** direkt mit der Bewerberin/dem Bewerber verwandt sein. Die/Der Eltern/Erziehungsberechtigte/n der Schülerin/des Schülers müssen der Ärztin/dem Arzt alle einschlägigen Informationen und Unterlagen zur Krankengeschichte der Schülerin/des Schülers zur Verfügung stellen. Lautet eine der Antworten auf die Fragen 3 bis 14 „Ja“, sind entsprechende detaillierte Informationen beizulegen.

Dieses Gesundheitsformular muss in einem verschlossenen Umschlag aufbewahrt werden. Die Schülerin/Der Schüler muss diesen Umschlag mit sich führen. Der Umschlag darf nur in medizinisch begründeten Fällen von der Ärztin/vom Arzt geöffnet werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name der Schülerin/des Schülers | Heimatland | Geburtsdatum |

**1.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Größe |  | Gewicht |  | Blutdruck |  | Puls |  | Atmung |  |

**2.** Haben Sie Abweichungen in Bezug auf die Größe, das Gewicht (einschließlich eines erheblichen Gewichtsverlustes oder einer erheblichen Gewichtszunahme in den letzten sechs Monaten), den Blutdruck, den Puls oder die Atmung festgestellt?

ja nein

|  |
| --- |
| Wenn ja, bitte erläutern. |

**3.** Kreuzen Sie bitte mit „ja“ oder „nein“ an. Hat die Schülerin/der Schüler Ihrer Kenntnis nach folgende Krankheiten/gesundheitlichen Störungen gehabt?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |  | **Ja** | **Nein** |
| a) Masern |  |  | j) Rheumatisches Fieber |  |  |
| b) Mumps |  |  | k) Husten (anhaltend/wiederkehrend) |  |  |
| c) Röteln |  |  | l) Kopfschmerzen (anhaltend, wiederkehrend) |  |  |
| d) Windpocken |  |  | m) Schlafwandeln |  |  |
| e) Poliomyelitis |  |  | n) Enurese |  |  |
| f) Hepatitis |  |  | o) Appendizitis |  |  |
| g) Tuberkulose |  |  | p) Parasiten (Endoparasiten) |  |  |
| h) sexuell übertrag-bare Krankheiten |  |  | q) Encephalitis |  |  |
| i) FSME |  |  | r) Scharlach |  |  |

|  |
| --- |
| Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten und Daten an (gegebenenfalls auf einer zusätzlichen Seite). |

**4.** Akne: ja nein

|  |
| --- |
| Wenn ja, geben Sie bitte die betroffenen Körperpartien, Schwere, verordneten Medikamente, Namen der Medikamente, Dosierung und Häufigkeit der Medikamenteneinnahme an. |

**5.** Allergien: ja nein

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

**6.** Asthma: ja nein

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

**7.** Diabetes: ja nein

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

**8.** Anfallsleiden: ja nein

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |  | **Ja** | **Nein** |
| a) Innere Organe, Verdauungssystem |  |  | e) Herblutgefäße |  |  |
| b) Lunge, Atmungsorgane |  |  | f) Nasen- o. Rachenmandeln |  |  |
| c) Knochen, Gelenke, Bewegungsapparat |  |  | g) Blut, Hormonsystem |  |  |
| d) Uro-Genitaltrakt |  |  | h) Augen/ Sehvermögen, Ohren/ Hörvermögen |  |  |

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

**10.** War die Schülerin/der Schüler schon einmal im Krankenhaus? ja nein

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

**11.** 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. |

**12.** 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

**13.** 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 12 oder 13 „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.

**14.** 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. |

**15.** Trägt die Schülerin/der Schüler Kontaktlinsen? ja nein

|  |
| --- |
| Wenn ja, bitte Werte der Sehschwäche angeben. |

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

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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**17.** Wurde die Schülerin/der Schüler gegen folgende Krankheiten geimpft? Wenn ja, geben Sie bitte das Datum (Tag, Monat, Jahr) an (oder legen Sie eine Kopie des Impfpasses bei):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |  | **Ja** | **Nein** |
| Masern |  |  | Tetanus |  |  |
| Poliomyelitis |  |  | Mumps |  |  |
| BCG |  |  | Röteln |  |  |
| Hepatitis B |  |  | Diptherie |  |  |
| Keuchhusten |  |  | Andere (bitte erläutern) |  |  |

**18.** Wurde ein TB-Test durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welcher Typ? Mantoux oder Tine (durchgeführten Test bitte markieren)?

Datum: Ergebnis (+/-):

Wenn der TB-Test positiv war, wurde eine Röntgenaufnahme der Brust gemacht?

ja nein

Datum: Ergebnis (+/-):

|  |
| --- |
| Wenn ja, bitte erläutern (gegebenenfalls zusätzliche Seiten beilegen). |

**Unterschriften:**

Ich, die/der Unterzeichnete, attestiere hiermit, dass die Schülerin/der Schüler gründlich untersucht wurde, dass alle wichtigen aktuellen medizinischen Informationen auf dem Gesundheitsformular angegeben sind und dass die Schülerin/der Schüler reisetauglich ist. Mir ist bewusst, dass die Auslassung von Informationen schädlich für die Gesundheit der Schülerin/des Schülers sein und zu einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an der Schüler-Langzeitmobilität führen könnte.

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Titel der Ärztin/des Arztes | Stempel und Unterschrift |
| Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse) | Datum |

Ich, die/der Unterzeichnete, 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift der Schülerin/des Schülers, falls volljährig | Datum |
|  |  |
| Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten | Datum |
|  |  |