

Gesundheitsbogen

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte, liebe Schülerin, lieber Schüler,

aufgrund der verschiedenen Pflichtpraktika in Pflege- und Sozialeinrichtungen und Familien bzw. in Unterrichtsgegenständen wie z.B. „Bewegung und Sport“ ist eine Grundinformation über die physische und psychische Gesundheit und somit auch über die Eignung für die angestrebte Berufsberechtigung erforderlich. Eine professionelle Aufsichtspflicht kann ebenfalls nur dann wahrgenommen werden, wenn diese Grundinformationen über den Gesundheitszustand vorliegen.

Zudem leidet eine immer größer werdende Zahl der anvertrauten Kinder und Jugendlichen an chronischen Erkrankungen oder an psychischen Problemen. Seitens des B!GS Gaming kann in diesem Fall nur begleitet und unterstützt werden. Die Schule ist jedoch keine therapeutische oder medizinische Institution. Dies gilt besonders für den Aufenthalt im Internat.

Dieser Fragebogen erhebt allfällige Vorerkrankungen, Medikationen usw. und wird ausschließlich und nur bei Bedarf an den behandelnden Arzt/Ärztin oder im Fall eines Rettungseinsatzes an den Notarzt/Notärztin bzw. Rettungssanitäter/Rettungssanitäterin in Kopie übergeben. Bitte geben Sie auch daher die entsprechenden Informationen korrekt an.

Mag. Barbara Heigl
(Schulleitung)

Aufnahmswerber/in: (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Zu- und Vorname der Schülerin / des Schülers	Geburtsdatum	SV-Nummer
Wohnanschrift des Schülers / der Schülerin	Festnetztelefon	Mobiltelefon
Schule (Bezeichnung und Anschrift) im Schuljahr 2024/2025	Anzahl Geschwister	

Eltern (Erziehungs-/Obsorgeberechtigte):

Name des Vaters	Beruf des Vaters	Geburtsdatum	e-Mail
Wohnanschrift des Vaters	Festnetztelefon	Mobiltelefon	
Name der Mutter	Beruf der Mutter	Geburtsdatum	e-Mail
Wohnanschrift der Mutter	Festnetztelefon	Mobiltelefon	

Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe

Caritas der Diözese St. Pölten
Ötscherlandstraße 38
3292 Gaming

Tel 07485 / 973 53
bigs.gaming@caritas-stpoelten.at
www.caritas-bigs.at/gaming

E-Mail-Adresse zum Zweck der elektronischen Kommunikation mit Eltern (bitte geben Sie bis zu 2 E-Mail-Adressen bekannt, die Sie auch regelmäßig benutzen. Danke!	

Wer ist erziehungsberechtigt: Vater Mutter beide Eltern sonstige __

Der Schüler/die Schülerin darf nicht besucht werden von: _____

Notfalladresse (falls Eltern bzw. Erziehungsberechtigte nicht erreichbar sind [z. B. Großeltern, volljährige Geschwister, ...])
Name / Adresse / Telefon:

Mein Sohn/meine Tochter leidet an einer chronischen Erkrankung (z. B. Diabetes, Zöliakie, Allergien, Bluter, Schlafwandeln ...) und ist dazu in ärztlicher Betreuung.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mein Sohn/meine Tochter hat bedingt durch eine chronische Erkrankung entsprechende Medikamente verordnet bekommen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mein Sohn/meine Tochter leidet an psychischen Problemen und ist/war dazu bereits in ärztlicher Betreuung.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mein Sohn/meine Tochter war aufgrund psychischer Probleme in den letzten 2 Jahren in stationärer Behandlung (z. B. in Tulln, Mauer, Waidhofen/Thaya).	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mein Sohn/meine Tochter hat bedingt durch eine psychische Erkrankung entsprechende Medikamente verordnet bekommen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mein Sohn/Meine Tochter nimmt die verordneten Medikamente selbständig ein und benötigt hier keine Unterstützung/Kontrolle durch den/die Erzieherin.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mein Sohn/Meine Tochter benötigt eine Unterstützung/Kontrolle durch den/die Erzieherin bei der Einnahme der Medikamente.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Welche chronische Erkrankung (z. B. Diabetes, Zöliakie, Allergien, Epilepsie, Bluter, Hörbeeinträchtigung, Sehbeeinträchtigung ...) liegt vor?	

Welche Medikamente (Dauermedikation) sind erforderlich bzw. werden eingenommen?	
Gibt es Unfallfolgen bzw. sonstige Gebrechen der Schülerin/des Schülers die zu beachten sind? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ich stimme zu, dass bei schweren Unfällen in grenznahen Kernkraftwerken und ungünstigen Wetterverhältnissen zum Schutz der Schülerinnen/Schüler nach Anordnung der Behörden Kaliumjodidtabletten verabreicht werden können.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Mit der Unterschrift durch die Schülerin/den Schüler/die Eltern/die (Erziehungs-/Obsorgeberechtigten) wird bestätigt, dass die Fragen vollständig beantwortet wurden.

Ort und Datum:

Unterschrift der/des Schülerin/Schülers

Unterschrift Eltern (Erziehungs-
/Obsorgeberechtigte):