

Gesundheitsblatt | Health Care Form

Schuljahr | Academic Year 2017/18

Name des Schülers | Name of Student

Geburtsdatum | Date of birth

Geburtsgebrechen, Operationen, Erkrankungen.
Congenital defects, surgery, diseases.

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja, welche | If so, which? _____

Bestehen irgendwelche Restfolgen | Are there any residual effects?

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja, welche | If so, which? _____

Epilepsie, Stoffwechselstörungen, Hyperaktivität / ADHS / ADS
Epilepsy, metabolic disorders, hyperactivity / ADHD / ADD

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja, welche | If so, which? _____

Gibt es sportliche Einschränkungen | Are there sports restrictions?

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja, welche | If so, which? _____

Braucht es Medikamente | Is medication needed?

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja, welche | If so, which? _____

Allergien (Heuschnupfen etc.) | Allergies (Hay fever etc.)?

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja, welche | If so, which? _____

Epi Pen

Ja | Yes Nein | No

Schulische -, psychologische -, psychiatrische Abklärungen
School-, psychological / psychiatric clarifications?

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja | If so: _____

Gibt es Leistungseinschränkungen | Are there disabilities?

Ja | Yes Nein | No

Braucht es Medikamente | Is medication needed?

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja, welche | If so, which? _____

Vegetarisch | Vegetarian?

Ja | Yes Nein | No

Spezielle Ernährung aufgrund einer Religion | Special diet due to religious reasons?

Ja | Yes Nein | No

Wenn ja, welche Religion? | If so, which religion? _____

Krankheitsbedingte, spezielle Ernährung / Diät?

Ein ärztliches Attest muss gem. Schulordnung Punkt 3.3., Absatz 2 vorgelegt werden.

Diet needed because of illness, Special Diet?

A medical certificate must be presented refer to our school rules 3.3., paragraph 2.

Ja | Yes Nein | No

Welche Ernährung/Diät muss beachtet werden? _____

Which diet must be observed? _____

Zusätzliche Informationen | *Additional information*

Nur für Internatsschülerinnen und –schüler | *Only for boarding students:*

Zeckenimpfung | *Tick vaccination:*

Ja | Yes Nein | No

Die erste der drei Zeckenimpfungen wird im Frühjahr durchgeführt. Falls Sie wünschen, dass Ihr Kind im Internat geimpft wird (bitte Original Impfpass abgeben), verstehen wir Ihre Unterschrift auf dem Gesundheitsblatt als Einverständniserklärung und Sie werden keine weiteren Informationen zu den jeweiligen Impfungen erhalten. Bei kurzfristiger Absage wird ein Kostenbeitrag von CHF 50 in Rechnung gestellt.

The first of the three tick vaccinations is done in spring. If you wish your child to be vaccinated (Please deliver original vaccination certificate), we understand your signature as consent and you will not receive any further information on each vaccination. In case of late cancellation a fee of CHF 50 will be charged.

Zahnarztkontrolle | *Dental check:*

Ja | Yes Nein | No

Für Internatsschülerinnen und –schüler besteht die Möglichkeit für eine jährliche Zahnarztkontrolle, welche in Rechnung gestellt wird. Bitte nehmen Sie bei Fragen / Wünsche mit Frau Rita Iseli (Krankenschwester) Kontakt auf.

There is the possibility for boarding students for an annual dental check, which would be billed. If you have any questions / wishes please contact Ms Rita Iseli (nurse).

E-Mail: rita.iseli@montana-zug.ch

Vollmacht für Krankenschwester | *Authority for Nurse:*

Ja | Yes Nein | No

Wir bevollmächtigen die Krankenschwester des Institut Montana Zugerberg bei Krankheiten, Unfällen etc. vom jeweiligen Arzt bzw. Spital Auskunft über unser Kind zu erhalten sowie Anmeldungen, wie z.B. für Zahnkorrekturen, Versicherungsanträge etc., für unser Kind vorzunehmen. Sie werden bei Unvorhergesehenem jederzeit von ihr informiert.

With your signature you confirm that the nurse has the authority in case of illness, accidents etc., to collect information from the respective doctor/hospital and she has the authority to enrol the student for dental corrections, insurance application etc. You will be informed immediately about anything unforeseen.

Ich bestätige hiermit, dass obige Angaben vollständig und korrekt sind.

I hereby confirm that the above information is correct and complete.

Datum | *Date*

Unterschrift Eltern | *Signature Parents*