

EIDESSTATTLICHE GESUNDHEITSERKLÄRUNG (DJS)

FAMILIENNUMMER:

1. ALLGEMEINE ANGABEN DER / DES PERSONENSORGBERECHTIGTEN

a) Vor- und Familienname:.....	b) Familienstand:.....
c) Geburtsort:.....	d) Geburtsdatum:.....
e) Wohnsitz:.....	f) Art und Nr. des Personalausweises
g) Staatsangehörigkeit:.....	h) Beruf:
i) Telefon: Privat: Büro: Handy:	

2. ÄRZTLICHE INFORMATIONEN DER / DES PERSONENSORGBERECHTIGTEN

a) Größecm	b) Gewichtkg.	
c) Blutdruck Min.....Max.....	Gewichtsänderung im letzten Jahr? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
	Bei positiver Antwort, bitte Änderung angeben	
d) Leiden Sie oder haben Sie an Herz-Kreislauf (angeborene Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Infarkte, Angina Pectoris, Arrhythmien, usw.), Lungen-, Gastrointestinal-, Genitourinär- oder psychiatrischen Erkrankungen gelitten?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
	Geben Sie die Erkrankung an / Datum / jetziger Zustand:	
e) Hatten Sie einen Unfall, wurden sie verwundet, haben Sie sich einer OP unterzogen oder waren sie stationär eingeliefert?? Bei positiver Antwort, geben Sie bitte unter „Bemerkungen“ Datum, Diagnose, Behandlung und aktuellen Zustand an.	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
	Bemerkungen: Tag des Ereignisses:	

3. BEGÜNSTIGTE SCHÜLER UND SCHÜLERINNEN

Vor- und Familienname	Art und Nr. des Personalausweises	Klasse	Alter
.....
.....
.....
.....

Ich erkläre an Eides statt, dass die auf diesem Formblatt von mir gegebenen Antworten echt, genau und richtig sind. Darüber hinaus befreie ich durch diese Urkunde und durch diese Handlung alle Ärzte, die mich behandelt haben oder zukünftig behandeln sollten, vom Berufsgeheimnis.

WICHTIG: Die Versicherung tritt erst dann in Kraft, wenn diese Erklärung in der Schulverwaltung eingeht.

.....
Ort und Datum
Vertretung der Pestalozzi-Gesellschaft
Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten