



## Students Medical Report

Familienname / Family Name	Vorname / First Name	Weitere Vornamen/Middle Name
Geburtsdatum / Date of Birth	Geschlecht / Gender	Blutgruppe / Blood Group
Nationalität / Nationality	Kontaktnummer / Contact Number	Email Adresse / Email Address
Name Familienarzt / Name of Family Doctor	Telefonnummer Familienarzt / Contact Number of	Krankenversicherung / Health Insurance

Bitte prüfen Sie, welche Vorerkrankungen (nicht Impfungen) Ihr Kind hatte:

Please check and provide us the dates if your child has had any of the following illnesses or conditions (not vaccinations)

### A. ANSTECKENDE KRANKHEITEN / CONTAGIOUS DISEASES

Krankheit/ Disease	Ja/ Yes	Datum/Date	Nein/ No	Krankheit/ Disease	Ja/ Yes	Datum/Date	Nein/ No
1. Windpocken / Chicken pox				8. Scharlach / Scarlet fever			
2. Keuchhusten / Whooping cough				9. Tuberkulose / Tuberculosis			
3. Röteln / German measles (Rubella)				10. Lungenentzündung / Pneumonia			
4. 7 Tages Fieber / 7-day measles (Rubeola)				11. Kinderlähmung / Poliomyelitis			
5. Mumps / Mumps				12. Gehirnhautentzündung / Meningitis			
6. Diphtherie / Diphtheria				13. Krätze / Scabies			
7. Hepatitis				14. Parasiten / Parasites			

### B. GESUNDHEITLICHE PROBLEME / HEALTH PROBLEMS

Krankheit/ Disease	Ja/ Yes	Datum/Date	Nein/ No	Krankheit/ Disease	Ja/ Yes	Datum/Date	Nein/ No
1. Rheumatisches Fieber / Rheumatic Fever				13. Sprachstörungen / Speech difficulty			
2. Ohrinfektionen / Frequent ear infections				14. Menstruationsbeschwerden Menstrual pain /			
3. Häufige Erkältungen / Frequent colds				15. Operationen / Operations			
4. Mandelentzündungen / Tonsillitis				16. Nennenswerte Verletzungen Serious injuries /			
5. Zuckererkrankung / Diabetes				17. Konzentrationsstörungen / Concentration difficulty			
6. Krampfleiden / Epilepsy				18. Häufige Kopfschmerzen / Headaches			
7. Herzkrankheit / Heart disease				19. Brille / Eyeglasses			
8. Ohnmachtsanfall / Fainting				20. Häufiges Nasenbluten /Nosebleeding			
9. Asthma / Asthma				21. Bettnässen / Bed wetting			
10. Allergien / Allergies				22. Nierenleiden / Kidney disease			
11. Hörstörungen / Hearing difficulty				23. Andere Krankheiten / Others			
12. Sehstörungen / Vision difficulty							



Hat Ihr Kind alle erforderlichen Impfungen erhalten?  
Has your child received all required vaccinations?

Ja/Yes

Nein/No

Bitte übergeben Sie uns eine aktuelle Kopie des Impfausweises Ihres Kindes.  
Please attach a copy of your child current vaccination record.

### C. ALLERGIEN/ALLERGIES

Allergien/Allergies	
Lebensmittel/Food	
Medikamente/Medication	
Andere/Others z.B. Bienenstich/for example bee sting	

Bitte beschreiben Sie uns die Vorgehensweise, wie Ihr Kind bei einer lebensbedrohlichen Allergiereaktion behandelt werden muss:  
Please describe and indicate the treatment required for any life-threatening allergic reaction suffered by your child:

### D. ALLGEMEINE INFORMATION/GENERAL INFORMATION

Ist Ihr Kind aufgrund irgendeiner Erkrankung in ärztlicher oder psychologischer Betreuung?

Is your child currently physically challenged in any way or under medical or psychological supervision?

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?

Is your child taking any medication now or periodically?

Muss Ihr Kind eine Dauermedikation einnehmen? Bitte beachten Sie, dass nur ärztlich verschriebene Medikamente durch die Schulschwester verabreicht werden dürfen.

Does the School Nurse need to administer medication to your child? The medication must be prescribed to your child by the Medical Doctor

Gibt es einen Grund für eine eingeschränkte Teilnahme am Schulsport?

Is there any reason for your child to have restricted physical activity?

Ich bestätige hiermit, dass ich/wir alle medizinischen Angaben nach bestem Wissen angegeben und verstanden habe(n).

I hereby certify that all information provided in this Student Medical Record is accurate to the best of my knowledge.

Name und Unterschrift der Eltern/ Name and signature of parents

Datum/Date

Für Rückfragen steht Ihnen unsere Schulschwester, Frau Jane (Tel. mobil 050-9047180, Email: nurse@gisad.ae) zur Verfügung.

Please do not hesitate to contact our School Nurse, Ms. Jane, (Tel. mobile 050-9047180, Email: nurse@gisad.ae) for further information.