



**DEUTSCHE INTERNATIONALE SCHULE SHARJAH**  
**المدرسة الألمانية الدولية بالشارقة**  
**GERMAN INTERNATIONAL SCHOOL SHARJAH**

**Medizinischer Fragebogen der Deutschen Internationalen Schule in Sharjah**  
**Medical Request Form of the German International School in Sharjah**

Liebe Eltern,  
*Dear parents,*

die Deutsche Internationale Schule in Sharjah betrachtet es als ihre Pflicht, alle Schüler und Kindergartenkinder die größtmögliche Sicherheit Ihren Kindern zu garantieren. Daher haben wir gemeinsam mit unserem Schularzt einen Medizinischen Fragebogen erarbeitet, um möglichst viele und genaue Informationen über Ihr Kind zu erhalten.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen in einem Umschlag Ihrem Kind wieder mit.

*The German School wants to ensure safety and duty of care to all students in our care. Please outline all relevant medical information that the German International School in Sharjah should be aware of.*

Please give the Medical Request in an envelope back to school.

Familienname:

*Family Name:* -----

Vorname:

*First Name:* -----

Geburtsdatum:

*Date of Birth:* -----

Krankenversicherung:

*Health insurance:* -----

Kontaktnummer der Mutter und des Vaters:

*Parent Contact number (mum and dad):* -----

Email Adresse:

*Email Address:* -----

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

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

Windpocken:

*Chicken Pox:* -----

Keuchhusten:

*Whooping cough:* -----

Röteln:

*German Measles:* -----

**Mumps:**

*Mumps:* -----

**Rheumatisches Fieber:**

*Rheumatic fever:* -----

**Scharlach:**

*Scarlet fever:* -----

**Lungenentzündung:**

*Pneumonia:* -----

**Kinderlähmung:**

*Poliomyelitis:* -----

**Ohrinfektionen:**

*Frequent ear infections:* -----

**Häufige Erkältungen (> 4 mal/Jahr):**

*Frequent colds (> 4 times per year):* -----

**Mandelentzündungen:**

*Tonsillitis:* -----

**Zuckererkrankung:**

*Diabetes:* -----

**Krampfleiden:**

*Epilepsy:* -----

**Nasenbluten:**

*Nose Bleedings:* -----

**Bettnässen:**

*Bed Wetting:* -----

**Herzerkrankungen/Ohnmachtsanfälle:**

*Heart trouble/Fainting:* -----

**Asthma Erkrankung:**

*Asthma:* -----

**Allergien:**

*Allergies :* -----

**Hörstörungen:**

*Hearing difficulty:* -----

**Sehstörungen:**

*Vision difficulty:* -----

**Sprachstörungen:**

*Speech difficulty:* -----

**Menstruationsbeschwerden:**

**Menstrual pain:** -----

**Operationen:**

**Operations/Surgeries:** -----

**Nennenswerte Verletzungen:**

**Serious injuries:** -----

**Konzentrationsstörungen:**

**Concentration difficulty:** -----

**Bitte übergeben Sie uns seine aktuelle Kopie des Impfausweises Ihres Kindes**  
**Please attach a copy of your child's current vaccination records**

**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 oder unregelmäßig 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 unsere Schulschwester verabreichen darf.**

***Does the School Nurse need to administer medication to your child?***

***But, the medication must be prescribed to your child by a Medical Doctor.***

-----

**Gibt es einen Grund für eine eingeschränkte Teilnahme am Schulsport?**

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

-----

**Können Sie uns Angaben über die Eßgewohnheiten Ihres Kindes geben?**

***What are your child's eating habits? Please provide details:***

-----

-----

**Ich bestätige hiermit, das ich/wir alle medizinischen Angaben nach besten Wissen angeben und verstanden habe(n).**

***I hereby certify that all information's provided in this medical information form is accurate to the best knowledge.***

**Für Rückfragen steht Ihnen unsere Schulschwester Melissa jederzeit zur Verfügung.**

**Please do not hesitate to contact our school nurse for further information.**

-----  
**Eltern Name (Parents name)      Unterschrift (signature)      Datum (date)**