



SCHULE BELLMUND  
Jensgasse 10  
2564 Bellmund  
www.schule-bellmund.ch  
schulleitung@schule-bellmund.ch



## GESUNDHEITSBLATT SCHÜLER / IN

Name des Kindes:

Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

### Allgemeine Angaben

---

Hausarzt:

Zahnarzt:

Fluorid Behandlung\*: Ja  Nein

\*Dentalhygiene: Ab der 1. / 2. Klasse werden die Schülerinnen und Schüler zusammen mit Frau Ayaou (Dentalhygienikerin) gemeinsam Zähneputzen. Regelmässig wir hier auch Zahncrème mit Fluorid verwendet.

---

Körperliche Beschwerden: Ja  Nein

Falls Ja, welche?

Psychische Probleme: Ja  Nein

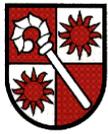
Falls Ja, welche?

Allergien: Ja  Nein

Falls Ja, welche?

Medikamente: Ja  Nein

Falls Ja, welche?



## Ernährung

*Für Schulreisen, Lager, Tagesschule etc.*

---

Bemerkung zur Ernährung:

- |               |                          |                            |                          |
|---------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Vegetarier/in | <input type="checkbox"/> | Schweinefleischverzicht    | <input type="checkbox"/> |
| Veganer/in    | <input type="checkbox"/> | Lebensmittelallergie*      | <input type="checkbox"/> |
| Kein Fisch    | <input type="checkbox"/> | Lebensmittel – Intoleranz* | <input type="checkbox"/> |

Details und Auswirkungen\*

---

Weitere Bemerkungen / Hinweise auf Besonderheiten, die spezielle Aufmerksamkeit bedürfen

---

## Homöopathie

Betrifft NUR den Kindergarten

Ich bestätige, dass die Lehrperson (Kindergarten) Notfalltropfen oder homöopathische Kügelchen in folgenden Fällen verabreichen können:

- **Arnika / Notfalltropfen** bei kleineren Unfällen während dem Kindergarten und auf Ausflügen
- **Apis** bei Insektenstichen

Ja       Nein



## Therapie / Abklärungen

---

Sind bereits Abklärungen erfolgt (EB, Früherziehung...)? Ja  Nein

Falls Ja, welche?

Werden Therapien besucht? Ja  Nein

Falls Ja, welche?

---

Weitere Bemerkungen / Hinweise auf Besonderheiten, die spezielle Aufmerksamkeit bedürfen

---

Hiermit bestätige ich/wir die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Name, Vorname Mutter:

Name, Vorname Vater:

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Unterschrift: