

Dr.med.FABIO ELVIO FARELLO
VERTRAUENSARZT DER DEUTSCHEN SCHULE ROM
HOMÖOPATHIE AKUPUNKTUR
Viale Medaglie d'Oro 199 Roma Tel: 06.35454457 -06.35496655

Name : Klasse :

Die Eltern des/r Schülers\in werden gebeten nachstehende Informationen, die zur Erstellung einer individuellen Gesundheitskartei erforderlich sind, anzugeben. Diese Angaben sind sowohl für eine Vorsorgemedizin wie für die eventuelle Behandlung von Notfällen notwendig. Den ausgefüllten Fragebogen bitte ich Sie in geschlossenem Umschlag zurückzugeben und falls wichtige ärztliche Untersuchungsergebnisse vorliegen, Fotokopien beizulegen. Die Angaben dieses Fragebogens sind streng vertraulich und werden in einem Sicherheitsarchiv aufbewahrt. Zulass zu dieser Kartei außer mir hat ausschließlich die Krankenschwester der Schule. Wir unterliegen dafür der ärztlichen Schweigepflicht.

Mutter :
(Familienname, Vorname, Geburtsort Geburtsdatum)

.....
(Beruf)

Adresse :

Telefon :

Gegenwärtige oder vergangene Krankheiten :

Vater :
(Familienname, Vorname, Geburtsort Geburtsdatum)

.....
(Beruf)

Adresse :

Telefon :

Gegenwärtige oder vergangene Krankheiten :

Geschwister des/r Schülers\in und deren Erkrankungen :

.....

Weitere Telefonnummern für eventuelle Notfälle :

.....

Name und Telefon des Hausarztes :

.....

Angaben die den Schüler direkt betreffen:

zuständige ASL (Azienda Sanitaria Locale) :

Normale Geburt Kaiserschnitt Zangengeburt..... Geburtsgewicht:..... wurde mit Muttermilch

gestillt:.....mit künstlicher Milch ernährt hat mit Monaten zu sprechen begonnen, mit

Monaten laufen gelernt.

Hat folgende Krankheiten gehabt: (unterstreichen) Masern, Windpocken, Röteln, Scharlach, Keuchhusten, Mumps, Hepatitis, rheumatisches Fiebers, Asthma, Ohnmacht, Herzfehler, Epilepsie Krämpfe.

Weitere Krankheiten :

.....

Sind chirurgische Eingriffe vorgenommen worden oder waren stationäre Krankenhausaufenthalte aus anderen Gründen nötig?

.....

.....

.....

Bekam er Serum gespritzt oder Transfusionen?.....

Waren fachärztlichen Untersuchungen erforderlich :

.....

.....

Medikamente der aktuellen Behandlung :

.....

Allergien :

Unverträglichkeit gegen Pharmaka :

Blutgruppe : RH-Faktor :

Weitere Mitteilungen :

.....

.....

.....

.....

Datum,..... Unterschrift