

Leipzig International School

Nahrungsmittelallergie Formular

Name des Schüler:

Geburtsdatum:

Allergen / Allergie Auslöser(s):

Wurde die Allergie von einem Facharzt diagnostiziert?

Wie oft hatte Ihr Kind eine allergische Reaktion?

Andere Krankheiten:

Schwere Klasse:

- Mild
- Mittelmäßig
- Schwer (Anaphylaxie)

Reagiert Ihr Kind auf:

- Essen des Allergens (Nahrung)
- Durch Berühren des Allergens
- Inhalieren des Allergens

Symptome:

- Bauchschmerzen / Übelkeit
- Geschwollene Lippen/Gesicht
- Nesselsucht / Hautausschlag
- Juckende Augen / laufende Nase
- Niesen
- Juckreiz / Kribbeln im Mund
- Keuchen / kurzatmig
- Veränderung im Verhalten

Andere:

Wie schnell entwickeln sich die Symptome nach Kontakt mit dem Allergen?

Ist Ihr Kind in der Lage, die Auslöser seiner Lebensmittelallergie zu erkennen und zu vermeiden?

Nimmt Ihr Kind am Schulessen teil?

(Bitte beachten Sie, dass es in der Verantwortung der Eltern liegt, den Essensanbieter über Nahrungsmittelallergien zu informieren)

Behandlung / Medikamente:

Name des Medikamentes:

Dosis / wenn angegeben:

Benötigt Ihr Kind einen Adrenalin-Autoinjektor?

Gab es schon einmal einen Krankenhausbesuch wegen einer Reaktion?

Wie ist das Vorgehen bei einer allergischen Reaktion in der Schule/Kindergarten?

(Werden Notfallmedikamente in der Schule/KiGa gelagert, müssen diese mit einer Einverständniserklärung zur Medikamentengabe versehen werden)

Die Angaben auf diesem Formular können zur Erstellung eines Schulallergie-Notfallplans für Ihr Kind verwendet werden. Bitte unterschreiben Sie unten, um die Erlaubnis zu erteilen, dass diese Informationen an die entsprechenden Lehrer/Betreuer weitergegeben werden.

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Datum: