

## Erläuterungen zu den Datenblättern

Liebe Eltern,

wir wollen Ihr Kind von Anfang an gut begleiten. Dazu benötigen wir aktuelle Kontaktdaten sowie Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes. Allgemeine Angaben bewahren wir in der Schulakte auf, spezifischere und ggf. vertrauliche Angaben in der Internatsakte. Die Datenerfassung entspricht den Richtlinien des Datenschutzes. Wir bitten Sie um erneute, evtl. aktualisierte Mitteilung auch solcher Angaben, die Sie bereits im Zuge des Bewerbungsverfahrens gemacht haben.

Für die Schul- und Internatsakte bitten wir Sie um vollständige Bearbeitung der Seite 2. Bestätigen Sie mit Ihrer ersten Unterschrift Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Für die Internatsakte bitten wir Sie auf Seite 3 um nähere Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes. Wir benötigen Ihre Angaben nicht nur, um mit vorliegenden Beeinträchtigungen adäquat umgehen zu können, sondern auch, um im Rahmen unseres Präventionskonzepts mögliche Gefährdungen rechtzeitig erkennen und ansprechen zu können. Wir sichern Ihnen einen vertraulichen Umgang mit Ihren Angaben und eine Nutzung ausschließlich zu Zwecken der gemeinsamen Fürsorge für Ihr Kind zu. Falls Sie eine besondere Vertraulichkeit wünschen, setzen Sie sich bitte mit dem Psychologen der Schule, Herrn Dr. Flender, in Verbindung. Relevante Informationen, die uns nicht oder zu spät erreichen, erschweren uns eine verantwortliche Begleitung. Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie um Verständnis dafür, dass wir uns im Falle unrichtiger oder unvollständiger Angaben einen sofortigen Ausschluss Ihres Kindes aus dem Internat vorbehalten. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer zweiten Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit auch dieser Angaben.

Bitte senden Sie uns auf postalischem Weg zu:

- ein unterschriebenes Exemplar des Datenblatts für Schule und Internat (Seite 2)
- ein unterschriebenes Exemplar des Datenblatts nur für das Internat (Seite 3)

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Ekkehard Leppla (Internatsleiter)

Dr. Jürgen Flender (Psychologe der ISH)

# Datenblatt: Angaben für Schulakte und Internatsakte

Zur Aufnahme Ihres Kindes in die Internatsschule bitten wir Sie, das Datenblatt vollständig auszufüllen.

## Ihr Kind

Name, Vornamen (Rufname) \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geschlecht \_\_\_\_\_  
Geburtsort (mit Bundesland) \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Religionszugehörigkeit \_\_\_\_\_  
Heimatadresse in Deutschland \_\_\_\_\_

## Eltern / Erziehungsberechtigte

Erziehungsberechtigung ( ) beide Eltern oder \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Emailadresse \_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz / mobil \_\_\_\_\_  
Elternberufe (freiwillige Angabe) Vater: \_\_\_\_\_ Mutter: \_\_\_\_\_

## Gegenwärtig besuchte Schule

Schule (Schulart, Jahrgang, Zweig) \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon, Email, Fax \_\_\_\_\_

## Versicherung / Gesundheit

Krankenversicherung Ihres Kindes \_\_\_\_\_

Liegt eine Seh-, Hör-, Geh- oder sonstige Behinderung vor, die eine besondere Unterstützung im (Schul-) Alltag erfordert?

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Liegt eine Lese-Rechtschreib-Schwäche vor?

( ) nein ( ) ja: Festgestellt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
Therapeutisch begleitet durch \_\_\_\_\_  
Nachteilsausgleich gewährt / beantragt? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihrem Kind eine AD(H)S festgestellt worden, oder besteht der Verdacht auf eine AD(H)S?

( ) nein ( ) ja: Festgestellt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
Therapeutisch begleitet durch \_\_\_\_\_  
Medikation / Therapiekonzept? \_\_\_\_\_

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_  
Behandlung / Maßnahmen im Notfall: \_\_\_\_\_

Uns ist bekannt, dass fehlende, unvollständige oder unrichtige Angaben zum sofortigen Schulausschluss führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der Erziehungsberechtigten

## Datenblatt: Gesundheitsbezogene Angaben nur für die Internatsakte

Bitte füllen Sie das Datenblatt vollständig aus. Wir sichern Ihnen einen vertraulichen Umgang mit Ihren Angaben und eine Nutzung ausschließlich zu Zwecken der gemeinsamen Fürsorge für Ihr Kind zu. Falls Sie eine besondere Vertraulichkeit wünschen, setzen Sie sich bitte mit dem Psychologen der Schule, Herrn Dr. Flender, in Verbindung.

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (einschließlich Mittel zur Akne-Therapie?)

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Ärztlich verordnet / regelmäßig überprüft? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an einer andauernden körperlichen Erkrankung?

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Maßnahmen? \_\_\_\_\_

Klagt Ihr Kind häufiger über Beschwerden wie Migräne, Kopf- oder Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen?

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Maßnahmen? \_\_\_\_\_

Sind Sie in Sorge wegen Schlafstörungen Ihres Kindes (Probleme beim Ein- oder Durchschlafen, Alpträume?)

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Maßnahmen? \_\_\_\_\_

Gibt es Besonderheiten im Essverhalten (einschließlich Fasten)?

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Bestanden oder bestehen Sorgen um das Gewicht Ihres Kindes (zu niedrig, zu hoch, Gewichtsverlust)?

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Abklärung erfolgt? \_\_\_\_\_

Bestand in der Vergangenheit der Verdacht auf eine Essstörung oder wurde eine Essstörung festgestellt?

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Festgestellt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Therapeutisch begleitet von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Therapeutische Maßnahmen? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind aus anderen Gründen in psychotherapeutischer Begleitung?

( ) nein ( ) ja: \_\_\_\_\_

Therapeutisch begleitet von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Therapeutische Maßnahmen? \_\_\_\_\_

Falls Sie uns weitere Dinge zur Gesundheit und für eine gute Begleitung Ihres Kindes mitteilen möchten:

\_\_\_\_\_

Wir versichern die Vollständigkeit und Richtigkeit unserer Angaben. Wir sichern die unverzügliche Mitteilung von Änderungen zu. Uns ist bekannt, dass fehlende, unvollständige oder unrichtige Angaben zum sofortigen Internatsausschluss führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der Erziehungsberechtigten