



## Prämienprogramm des Pädagogischen Austauschdienstes (PAD) Gesundheitsabfrage

Hiermit bestätigen wir, dass unsere Tochter / unser Sohn

.....  
(Vorname, Nachname)

geboren am .....  
tt/mm/jjjj

	JA
a) frei von ansteckenden Krankheiten ist.	<input type="checkbox"/>
b) den physischen und psychischen Herausforderungen* des zweiwöchigen Deutschlandaufenthalts uneingeschränkt gewachsen ist.	<input type="checkbox"/>

Sollte eine chronische Erkrankung und/oder eine psychische Erkrankung vorliegen, sind folgende ergänzende Erläuterungen zur Medikation und/oder Hinweise zu besonderen Anforderungen zu beachten:

Nachweis einer Masernimpfung:

	JA
a) Nachweis eines gültigen Impfschutzes oder Impfung vor Ort am (Datum): ..... [Impfpass, Impfdokumentation ist beigelegt]	<input type="checkbox"/>
b) Immunität	<input type="checkbox"/>
c) Eine Impfung ist aufgrund einer Kontraindikation nicht möglich [entsprechende ärztliche Dokumentation ist beigelegt]	<input type="checkbox"/>

Nachweis der Coronaimpfungen:

	JA	NEIN
Erstimpfung: Datum: ....., Impfstoff: ..... [Impfpass, Impfdokumentation ist beigelegt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitimpfung: Datum: ....., Impfstoff: ..... [Impfpass, Impfdokumentation ist beigelegt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittimpfung: Datum: ....., Impfstoff: ..... [Impfpass, Impfdokumentation ist beigelegt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Die Schülerin/der Schüler nimmt den ganzen Tag, oft bis in die Abendstunden, am Programm teil (Museumsbesuche, Sportveranstaltungen, Stadtführungen); dabei werden unter anderem auch mehrstündige Exkursionen zu Fuß absolviert.



Weitere Impfung: Datum: ....., Impfstoff: ..... [Impfpass, Impfdokumentation ist beigelegt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genesung wurde festgestellt am (Datum) ..... durch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[Nachweis/e ist/sind beigelegt]		

<b>Anmerkungen zur Coronaimpfung:</b>

Nachweis einer Tetanusimpfung (sofern vorhanden):

	JA	NEIN
Nachweis eines gültigen Impfschutzes (Datum): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätigen wir mit unserer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben

.....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift Mutter / Elternteil 1)

.....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift Vater / Elternteil 2)

Falls zutreffend:

- Erziehungsberechtigt ist nur ein Elternteil:  nur die Mutter/ Elternteil 1/  
 nur der Vater / Elternteil 2