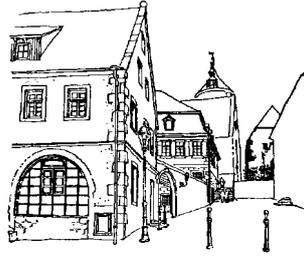


SCHULE AM STEINHAUS



Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum

74354 Besigheim
Kirchstraße 79
Tel. 07143 80300-0
Fax 07143 80300-44
E-Mail: mail@schuleamsteinhaus.schule.bwl.de

Bitte ausfüllen und zurück an die Schule senden!

Name des Kindes: _____

1. Mein Kind gilt als Risikopatient und/oder hat eine relevante Vorerkrankung (siehe unten):

o ja, nämlich: _____

o nein

2. In unserem Haushalt gibt es

o Personen mit relevanten Vorerkrankungen:

- des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. koronare Herzerkrankung und Blut-hochdruck)
- chronische Erkrankungen der Lunge (z. B. COPD)
- Patienten mit chronischen Lebererkrankungen
- Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Patienten mit einer Krebserkrankung
- Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Er-krankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die re-gelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beein-flussen und herabsetzen können, wie z.B. Cortison).

o Personen, die als Risikopatienten eingestuft sind

o keine vorerkrankten Personen und/oder Risikopatienten

3. Nur auszufüllen, wenn in Ihrem Haushalt eine Person mit Vorerkrankungen und/oder die als Risikopatient eingestuft wurde, lebt

o Ich möchte, dass mein Kind dennoch am Unterricht in der Schule am Steinhaus teilnimmt.

o Ich möchte **nicht**, dass mein Kind am Unterricht in der Schule am Steinhaus teilnimmt.

Bitte senden Sie uns weiterhin Aufgabenpakete zu!

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____