

# Nachweis der gesundheitlichen Unbedenklichkeit für den Besuch in der Kinderbetreuungseinrichtung

Name des Kindes .....

Geb. Datum.....

Adresse.....

Tel. Nr. ....

## Vom Arzt auszufüllen:

### Anamnese:

angeborene Krankheiten wenn ja, welche? .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Operationen wenn ja, welche? .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma bronchiale	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Anfälle/ Fieberkrämpfe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien wenn ja, welche? .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
regelmäßige Einnahme von Medikamenten wenn ja, welcher Art? .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diät erforderlich wenn ja, welcher Art? .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### Physikalischer Status:

Allgemeinzustand	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig
Ernährungszustand	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig
Karies	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Körperliche Behinderung Welcher Art?.....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Geistige Behinderung Welcher Art? .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ist das Kind für den Eintritt in die Kinderbetreuungseinrichtung geeignet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Braucht das Kind für den Besuch in der Kinderbetreuungseinrichtung besondere Rahmenbedingungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

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

\_\_\_\_\_  
Stempel u. Unterschrift der Ärztin / des Arztes