

Medizinischer Fragebogen Kind

Vorname:		Name:	
Größe:	Gewicht in kg:	Geb.-Datum:	
Besucht Ihr Kind zu Hause einen Kindergarten / Krippe?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besucht Ihr Kind zu Hause eine Tagesmutter?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besucht Ihr Kind zu Hause die Schule?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		Klassenstufe: _____	
Hat Ihr Kind in der Kita oder Heimatschule eine besondere Betreuung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____			
Da unsere Einrichtung keine Integrationseinrichtung ist und keine Einzelbetreuung gewährleisten kann, ist es bei Kindern ab 3 Jahren wichtig zu wissen, ob Ihr Kind mit Gruppenstärken von 15 und mehr Kindern zurecht kommt?			
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Liegt bei Ihrem Kind eine körperliche oder geistige Behinderung vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____			
Grad der Behinderung: _____		Pflegestufe: _____	
Nimmt Ihr Kind zurzeit oder dauerhaft Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der Erkrankung/en: _____			
Medikamente: _____			
Impfstatus (Bitte bringen Sie den Impfpass zur Kurmaßnahme mit): <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> ungeimpft			
Welche Impfungen sind unvollständig oder fehlen? _____			
Allergien / Unverträglichkeiten:			
<input type="checkbox"/> Hausstaubmilben	<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Tierhaare	<input type="checkbox"/> Schimmelpilze
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel (bitte ärztliches Attest mitbringen)	welche? _____		
<input type="checkbox"/> Medikamente	welche? _____		
<input type="checkbox"/> sonstige	welche? _____		
Sie können zwischen folgenden Kostformen wählen:			
<input type="checkbox"/> Vollkost mit Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Vollkost ohne Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Vegetarische Kost	
Gibt es Erkrankungen/Beschwerden bei Ihrem Kind, zum Beispiel:			
<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen (Neurodermitis)	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Haltungsschwäche
<input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten	Genauere Angaben: _____		
<input type="checkbox"/> Enuresis (Einnässen)	Genauere Angaben: _____		

Fortsetzung: Gibt es Erkrankungen/Beschwerden bei Ihrem Kind, zum Beispiel:

Krampfanfälle / Absenzen:
Welche? _____ Letzter Anfall: _____

sonstiges:
Genauere Angaben: _____

Mein Kind erhielt oder erhält aktuell folgende Therapien (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Logopädie Ergotherapie Frühförderung Heilpädagogik

kinderpsychologische Behandlung kinderpsychiatrische Behandlung (z.B. KJP, SPZ)

sonstige, welche? _____

Liegen für Ihr Kind ärztliche, psychologische oder therapeutische Befunde vor?

nein ja - dann senden Sie uns diese bitte zu

Was möchten Sie für Ihr Kind während der Kur erreichen?

Verhalten des Kindes	Ja, trifft zu				Nein
	sehr wenig	wenig	stark	sehr stark	trifft nicht zu
Hat Ihr Kind Probleme, Kontakt zu Altersgenossen zu knüpfen?	<input type="checkbox"/>				
Bestehen bei Ihrem Kind Ein-/ Durchschlafprobleme?	<input type="checkbox"/>				
Ist Ihr Kind häufig aufbrausend und provozierend?	<input type="checkbox"/>				
Fehlen Ihrem Kind beim Lernen und Spielen Ausdauer und Konzentration?	<input type="checkbox"/>				
Ist Ihr Kind häufig zappelig und unruhig?	<input type="checkbox"/>				
Zeigt Ihr Kind auffälliges Essverhalten?	<input type="checkbox"/>				
Besteht ein problematisches Verhältnis zu Geschwistern?	<input type="checkbox"/>				
Nässt Ihr Kind manchmal ein?	<input type="checkbox"/>				
Bestehen Probleme in Ihrer persönlichen Beziehung zum Kind?	<input type="checkbox"/>				
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen?	<input type="checkbox"/>				

Gibt es weitere Informationen über Ihr Kind, die wichtig sind?
Falls ja, bitte angeben:

Für eine telefonische Rücksprache teilen Sie uns bitte Ihre Telefonnummer mit und zu welchen Zeiten Sie am besten zu erreichen sind.

Telefonnummer: _____ Erreichbarkeit Wochentag: _____ Uhrzeit: _____

Ich bin damit einverstanden, dass alle von mir angegebenen persönlichen Daten und Informationen unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen verwendet werden.

Datum: _____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____