



Klinik: _____

Anreise-Datum: _____

Selbstauskunft - Kind

Name: _____ Vorname: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja nein

Wenn ja, Name des Medikaments, Dosierung, Einnahmerhythmus?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzklappendefekt) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung der Atemwege
(z. B. schweres Asthma bronchiale, hyperreagibles Bronchialsystem) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Neurodermitis ja nein

Diabetes mellitus ja nein

Insulinpflichtig ja nein

Wenn ja, letzter HbA1c-Wert:

Nierenerkrankung ja nein

Dialysepflichtig ja nein

Angsterkrankungen (z.B. starke Verlustängste) ja nein

Depression ja nein

Entwicklungsverzögerung (z.B. der Fein-, Grobmotorik, des Ausdrucksvermögens,
der Aussprache, der Grammatik, Lese-Rechtschreibschwäche, Dyskalkulie) ja nein

Autismus / autistische Züge ja nein

AD(H)S ja nein

Epilepsie ja nein

Wenn ja, letzter epileptischer Anfall am:

Rheumatologische Erkrankungen (z. B. entzündliches Gelenkrheuma) ja nein

Name: Vorname:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente, die die Immunabwehr unterdrücken? ja nein
Wenn ja, welche? (z.B. Cortison, MTX) _____

Bestehen Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sonstige, bisher nicht genannte schwere Vorerkrankungen ja nein
Wenn ja, welche? _____

Starkes Übergewicht (Adipositas) ja nein

An welchen Arzt soll der Entlassungsbericht gesandt werden?
Bitte nennen Sie uns die Adresse:

Alleinerziehende sollten den Vater/Mutter des Kindes im Vorfeld über die geplante Maßnahme informieren, insbesondere, wenn das Kind nur als Begleitperson teilnimmt, da sich ggf. sonst Probleme mit dem Aufenthaltsbestimmungsrecht ergeben könnten.

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Mein Kind ist insoweit gesund und kann in der Kindergruppe regulär betreut werden, ich habe daher keine Bedenken anzureisen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r