



Klinik: \_\_\_\_\_

Anreise-Datum: \_\_\_\_\_

### Selbstauskunft - Kind

Name:  Vorname:

Körpergröße:  Gewicht:

Starkes Übergewicht (Adipositas)  ja  nein

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? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, Name des Medikaments, Dosierung, Einnahmerhythmus?  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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