



**Hat Ihr Kind eine geistige oder körperliche Behinderung?**

- ja ⇒ dann bitte auch beigefügten „Auskunftsbogen über körperliche oder geistig behinderte Kinder“ (Seite 4) ausfüllen.
- nein

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

- Infektanfälligkeit
- Hauterkrankungen (Neurodermitis)
- Asthma bronchiale, Heuschnupfen
- Haltungsschwäche
- Verhaltensauffälligkeiten

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

- Enuresis (Einnässen)

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

- sonstiges

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

- nein, keine

**Mein Kind hatte schon folgende Erkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- Anfallsleiden                      welche? \_\_\_\_\_

Letzter Anfall: \_\_\_\_\_

- Bronchitis
- Lungenentzündung
- Harnwegsinfektionen
- Nierenerkrankungen
- Scharlach
- Pseudo Krupp
- Kinderkrankheiten

welche? \_\_\_\_\_

- sonstige                              welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wie häufig leidet Ihr Kind an diesen Erkrankungen/Beschwerden?**

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Selten                   | Ein paar Mal im Monat    | Ein paar Mal pro Woche   | (fast) täglich           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ist Ihr Kind durch diese Erkrankungen/Beschwerden im täglichen Leben beeinträchtigt?**

- |                          |                          |                          |                           |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| leicht beeinträchtigt    | ziemlich beeinträchtigt  | stark beeinträchtigt     | Sehr stark beeinträchtigt | Nein                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

**Was wurde bisher zur Behandlung dieser Erkrankungen/Beschwerden am Heimatort unternommen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was möchten Sie für Ihr Kind während der Kur erreichen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fragen zum Verhalten des Kindes

Name, Vorname des Kindes:

Geb.-Datum:

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

**Gibt es weitere Informationen über Ihr Kind, die wichtig sind?**

Falls ja, bitte angeben:

---



---



---



---



---



---

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_



# Klinik Werraland

Zentrum für Familiengesundheit  
Mutter-Kind/Vater-Kind Maßnahmen

Klinik Werraland, Zentrum für Familiengesundheit • Balzerbornweg 2 • 37242 Bad Sooden-Allendorf  
Telefon 05652/955-0 • Fax: 05652/955-100 • E-Mail: info@klinik-werraland.de • Internet: www.klinik-werraland.de

## Auskunftsbogen über körperlich oder geistig behinderte Kinder

(nur ausfüllen, wenn für dieses Kind eine Behinderung vorliegt)

Name, Vorname des Kindes:

Geb.-Datum:

Welche körperliche oder geistige Behinderung liegt vor?

\_\_\_\_\_

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

### Hat Ihr Kind in der Kita oder Heimatschule eine besondere Betreuung?

nein  ja – welche? \_\_\_\_\_

### Liegen für Ihr Kind ärztliche oder psychologische Befunde vor, die nicht in den Attesten enthalten waren (z. B. Ergotherapie, Logopädie)?

nein  ja – dann senden Sie uns diese bitte zu.

### Da unsere Einrichtung keine Integrationseinrichtung ist und keine Einzelbetreuung gewährleisten kann ist es für uns wichtig zu wissen, ob Ihr Kind mit Gruppenstärken bis zu 25 Kindern zurecht kommt?

nein  ja

Für eine telefonische Rücksprache teilen Sie uns bitte Ihre Telefonnummer mit und zu welchen Zeiten Sie am besten zu erreichen sind, damit wir mit Ihnen die notwendigen Vorkehrungen abklären können.

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit Wochentag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_