

## Medizinischer Fragebogen Kind

Vorname:		Name:	
Größe:	Gewicht in kg:	Geb.-Datum:	
<b>Besucht Ihr Kind zu Hause einen Kindergarten / Krippe?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Besucht Ihr Kind zu Hause eine Tagesmutter?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Besucht Ihr Kind zu Hause die Schule?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		Klassenstufe: _____	
<b>Hat Ihr Kind in der Kita oder Heimatschule eine besondere Betreuung?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____			
<b>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?</b>			
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
<b>Liegt bei Ihrem Kind eine körperliche oder geistige Behinderung vor?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____			
Grad der Behinderung: _____		Pfleigestufe: _____	
<b>Nimmt Ihr Kind zurzeit oder dauerhaft Medikamente ein?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der Erkrankung/en: _____			
Medikamente: _____			
<b>Impfstatus</b> (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? _____			
<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>			
<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? _____		
<b>Sie können zwischen folgenden Kostformen wählen:</b>			
<input type="checkbox"/> Vollkost mit Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Vollkost ohne Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Vegetarische Kost	
<b>Gibt es Erkrankungen/Beschwerden bei Ihrem Kind, zum Beispiel:</b>			
<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"/>	<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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_