

Haus am Meer · Birkenstraße 4 · 18374 Zingst

Haus am Meer  
Birkenstrasse 4  
18374 Zingst

**Haus am Meer**

Eltern-Kind-Vorsorgeklinik

Birkenstraße 4  
18374 Zingst

Telefon 038232 820-0

Fax 038232 820-258

haus-am-meer@aw-kur.de  
[www.aw-kur.de/haus-am-meer](http://www.aw-kur.de/haus-am-meer)  
[www.aw-kur.de](http://www.aw-kur.de)

IK 511 304 771

Ihr Ansprechpartner:

Lenke Schneider

Telefon-Durchwahl -254

[haus-am-meer@aw-kur.de](mailto:haus-am-meer@aw-kur.de)

21. Oktober 2021

**Ergänzende Angaben Begleitkind**

**Name:** \_\_\_\_\_ **geb.** \_\_\_\_\_

**Schwerbeschädigung:**  ja  nein Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbeschädigtenausweises bei.

---

**Ernährungsweise:**

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten?** Bitte beachten Sie, dass wir bei Nahrungsunverträglichkeiten generell ein ärztliches Attest benötigen und Ihr Kind nicht in der Kinderbetreuung Mittagessen kann.

Ja/nein Wenn ja, welche?

---

**Operationen/ Krankenhausaufenthalte?**

---

**Allergien?** Denken Sie unbedingt an laufende Medikamente und Notfalldokumente?

Ja / nein Wenn ja, welche?

---

**Ist Ihr Kind komplett geimpft?**

Ja / nein

Wenn nein, welche Impfungen fehlen?

---

**Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS        | <input type="checkbox"/> Sprachstörung         | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nächtliches Einnässen | <input type="checkbox"/> Essstörung            |
| <input type="checkbox"/> Adipositas      | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle         | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |

**Nimmt Ihr Kind Dauermedikamente ein?** Ja/nein Wenn ja, welche (bitte Dosierung angeben)

---

**Beindet sich Ihr Kind derzeit in fachärztlicher Behandlung?** (Orthopäde, Internist, Neurologie....) Eventuell sind weitere ärztliche Unterlagen notwendig. Sollten Ihnen Befunde vorliegen, können Sie diese gern in Kopie beifügen. Das erspart Ihnen und uns weitere Rückfragen.

Ja/ nein Wenn ja, in bei welchem Facharzt und warum?

---



---

**Beindet sich Ihr Kind aktuell in therapeutischen Behandlungen?** Eventuell sind weitere ärztliche Unterlagen notwendig. Sollten Ihnen Befunde vorliegen, können Sie diese gern in Kopie beifügen. Das erspart Ihnen und uns weitere Rückfragen.

- Ergotherapie     Logopädie     Krankengymnastik     Kinderpsychologe/Kinderpsychiater

Wenn ja, warum?

---

**Kinderbetreuung**

Kann Ihr Kind in einer Gruppe mit bis zu 25 Kindern betreut werden? Ja/ nein

Gibt es zu Hause eine Einzelbetreuung, Integrationshelfer o.ä.? Ja/ nein

---

Wie können wir Sie bei Rückfragen am besten erreichen? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_