 <p>AW Kur und Erholung Haus am Meer Zingst</p>	<p>Interne Regelung Rücksendeschein Kinder</p>	<p>Zugehörig zu QMH-Kap.: III-6.4 ZIN_INT_VER_III-6.4-28_ MedRücksendescheinKind_04220727</p>
---	---	---

BITTE ZURÜCK SENDEN!

Ergänzende Angaben Kind

Name: _____ geb. _____

Schwerbehinderung: nein ja Grad der Behinderung _____

Pflegegrad ohne 1 2 3 4 5

Sozialanamnese:

beide Eltern in der Familie Eltern getrennt lebend/geschieden Patchworkfamilie

Elternteil verstorben

Kontakt zum getrennt lebend Elternteil regelmäßig unregelmäßig Wechselmodell kein Kontakt

Familiäre Besonderheiten _____

Kindergarten Schule Schulart/Klasse _____

kann Ihr Kind in einer Gruppe mit 25 anderen Kindern betreut werden? Ja nein

Haus- bzw. Kinderarzt (bitte vollständige Adresse angeben)

Schwangerschaftsanamnese:

Spontane Entbindung termingerecht Sectio Frühgeborenes: _____SSW

Unkomplizierte Schwangerschaft Komplikationen in Schwangerschaft _____

gestillt: _____ Monate nicht gestillt

Anpassungsstörungen _____


Ernährungsweise: (Bitte beachten Sie, Sonderkost für Ihr Kind kann nicht in der Kinderbetreuung gereicht werden.)

Mischkost Vegetarische Kost sonstiges _____

Vegane Kost (Empfehlung ab 12 Jahre)

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? nein ja welche? _____

Operationen/ Krankenhausaufenthalte? _____

 <p>AW Kur und Erholung Haus am Meer Zingst</p>	<p>Interne Regelung Rücksendeschein Kinder</p>	<p>Zugehörig zu QMH-Kap.: III-6.4 ZIN_INT_VER_III-6.4-28_ MedRücksendescheinKind_04220727</p>
---	---	---

Allergien? nein ja welche? _____

Ist Ihr Kind komplett geimpft? ja nein welche Impfungen fehlen?

Größe _____ cm **Gewicht** _____ kg

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Kinderkrankheit?

- Mumps Masern Ringelröteln Röteln Scharlach
 Hand-Mund-Fuß Windpocken

Wie viele Infekte (z.B. Erkältung, Ohren- bzw. Mandelentzündungen) hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

- ADS/ADHS Sprachstörung Konzentrationsstörung Schlafstörungen
 Adipositas Essstörung Kopfschmerzen/Migräne
 Nächtliches Einnässen (Im Haus kann kein Trockentraining stattfinden!)
 Krampfanfälle (Eine Aufnahme kann nur erfolgen, wenn der letzte Anfall mehr als 12 Monate zurückliegt!)

Nimmt Ihr Kind Dauermedikamente ein? nein ja welche?(bitte Dosierung angeben)

Welche Maßnahmen wurden bereits in Anspruch genommen? (Ärztlich verordnete)

- Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie psychologische Therapie

Beindet sich Ihr Kind derzeit in fachärztlicher Behandlung? (Orthopäde, Internist, Neurologie...)

nein ja bei welchem Facharzt und warum?

Beindet sich Ihr Kind aktuell in therapeutischen Behandlungen?

- Ergotherapie Logopädie Frühförderung Kinderpsychologe/Kinderpsychiater

Klagt Ihr Kind in den letzten 12 Monaten über gesundheitliche Beschwerden?

Hat Ihr Kind ein Schwimmbadbescheinigung? nein ja welches? _____