

**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 \_\_\_\_\_

**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?** \_\_\_\_\_

**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

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

nein  ja bei welchem Facharzt und warum?

---

---

Befindet 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 Schwimmbadzeichen?  nein  ja welches? \_\_\_\_\_