

**Nachweis der gesundheitlichen Unbedenklichkeit für den
Besuch der Kinderbetreuungseinrichtung
gem §23abs.2 des Bgld. KBBG 2009**

NAME: _____ GEB.DAT. _____
 ADRESSE: _____
 TEL.NR. _____ Versicherungsnummer: _____

Anamnese:

angeborene Krankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, welche		
Operationen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, welche		
Asthma bronchiale	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Anfälle/Fieberkrämpfe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Welche Art		
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diät erforderlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Welcher Art		

Allgemeinzustand	<input type="radio"/> auffällig	<input type="radio"/> unauffällig
Ernährungszustand	<input type="radio"/> auffällig	<input type="radio"/> unauffällig
Karies	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Wie ist die Entwicklung der Sprache des Kindes? altersgemäß nicht altersgemäß

Wie ist das Gehör des Kindes ausgebildet? gut abklärungsbedürftig

Körperliche Behinderung ja nein

Welche Art.....

Geistige Behinderung ja nein

Welche Art.....

Verhaltensauffälligkeiten ja nein

Impfstatus des Kindes erfüllt nicht erfüllt

Welche Impfungen sind noch notwendig _____

Ist das Kind für den Eintritt in die Kinderbetreuungseinrichtung geeignet

ja nein

Braucht das Kind für den Besuch der Kinderbetreuungseinrichtung besondere Rahmenbedingungen

ja nein

Wenn ja welche.....

Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin