



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

| | | |
|----------------------------|--------------|--|
| Vor- & Nachname des Kindes | Geburtsdatum | |
| PLZ, Ort, Adresse | | |
| Telefonnummer | | |

ANAMNESE

Angeborene Krankheiten ja nein

Wenn ja, welche? _____

Operationen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Asthma bronchiale ja nein

Epilepsie ja nein

Sonstige Anfälle/ Fieberkrämpfe ja nein

Diabetes mellitus ja nein

Allergien ja nein

Wenn ja, welche? _____

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Diät erforderlich ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

PHYSIKALISCHER STATUS

Allgemeinzustand unauffällig auffällig

Ernährungszustand unauffällig auffällig

Karies ja nein

Körperlicher Behinderung ja nein

Welcher Art? _____

Geistige Behinderung ja nein

Welcher Art? _____

Verhaltensauffälligkeiten ja nein

Ist das Kind für den Eintritt in die Kinderbetreuungseinrichtung geeignet?
 ja nein

Braucht das Kind für den Besuch der Kinderbetreuungseinrichtung besondere
Rahmenbedingungen? ja nein

Ort, Datum

Arztstempel & Arztunterschrift