

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

Name:..... Geb. Dat.:.....

Adresse:.....

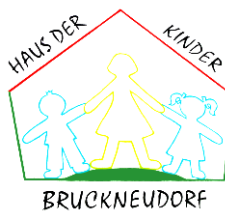
Tel. Nr.:.....

### Anamnese:

angeborene Krankheiten	o ja	o nein
Wenn ja, welche? .....		
Operationen	o ja	o nein
Wenn ja, welche? .....		
Asthma bronchiale	o ja	o nein
Epilepsie	o ja	o nein
Sonstige Anfälle / Fieberkrämpfe	o ja	o nein
Diabetes mellitus	o ja	o nein
Allergien	o ja	o nein
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten	o ja	o nein
Welcher Art? .....		
Diäten erforderlich?	o ja	o nein
Welcher Art? .....		

### Physikalischer Status:

Allgemeinzustand	o unauffällig	o auffällig
Ernährungszustand	o unauffällig	o auffällig
Karies	o ja	o nein
Körperliche Behinderung	o ja	o nein
Welcher Art? .....		
Geistige Behinderung	o ja	o nein
Welcher Art? .....		
Verhaltensauffälligkeit	o ja	o 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

.....

Datum

.....

Unterschrift der Ärztin/des Arztes