



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  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

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten  ja  nein

Welcher Art? .....

Diäten erforderlich?  ja  nein

Welcher Art? .....

Krippe/Kindergarten • 2460 Bruckneudorf

**Kinderkrippe:** Theißstraße 3 • ☎ 0650/9903351 • [krippe.bruckneudorf@hotmail.com](mailto:krippe.bruckneudorf@hotmail.com)

**Kindergarten:** Theißstraße 1 • ☎ 0650/3709577 • [hausderkinder@hotmail.com](mailto:hausderkinder@hotmail.com)

[www.hausderkinder-kindergarten.at](http://www.hausderkinder-kindergarten.at)



## Physikalischer Status:

Allgemeinzustand	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig
Ernährungszustand	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig
Karies	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Körperliche Behinderung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Welcher Art? .....		
Geistige Behinderung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Welcher Art? .....		
Verhaltensauffälligkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ist das Kind für den Eintritt in die Kinderbetreuungseinrichtung geeignet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Braucht das Kind für den Besuch der Kinderbetreuungseinrichtung besondere Rahmenbedingungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes