

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

NAME GEB.DAT.
 ADRESSE
 TEL.NR.

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
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
welcher Art?		
Diät erforderlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
welcher Art?		

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?		
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ist das Kind für den Eintritt in die Kinderbetreuungseinrichtung geeignet?

o ja

o nein

**Braucht das Kind für den Besuch der Kinderbetreuungseinrichtung besondere
Rahmenbedingungen**

o ja

o nein

.....
Datum

.....
Unterschrift der Ärztin / des Arztes