

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG (ZUR VORLAGE IM KINDERGARTEN)

Angaben zum Kind (von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Sozialversicherungsnummer:

Wohnadresse:

.....

Eine ärztliche Untersuchung wurde anhand des Formblattes „**Ärztliche Untersuchung bei Kindergartenkindern**“ oder im Rahmen der jeweiligen Mutter-Kind-Pass-Untersuchung (bis zum 6. Lebensjahr) bei oben genanntem Kind durchgeführt.

Auffällige Befunde wurden mit den Eltern bzw. den Erziehungsberechtigten besprochen.

Der Impfpass wurde kontrolliert ja nein

Besondere Hinweise betreffend den Besuch der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung:

- wesentliche Defizite: _____
- körperlich wenig belastbar
- soll nicht turnen
- dauernde Medikamenteneinnahme: _____
- bestehende Allergien: _____

Dem Kind ist aufgrund seines festgestellten allgemeinen Gesundheitszustandes der Besuch in der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung zumutbar.

Datum:

Stempel, Unterschrift des Untersuchers

Umfang der ärztlichen Untersuchung bei Kindergartenkindern

DIENT NICHT ZUR VORLAGE IM KINDERGARTEN!

Körpergewicht: _____ g

Körperlänge: _____ cm

Alter: _____

Blutdruck: _____

Empfohlene Impfungen nach erfolgter Impfpasskontrolle: _____

Anamnestische Angaben:

	ja	nein
Motorische Fähigkeiten altersgemäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Fähigkeiten altersgemäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachentwicklung altersgemäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenzeitliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flouridprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Untersuchungsbefund:

	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnesorgane: Augen Visus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lang Stereotest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Organbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detaillierte ärztliche Vermerke (weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich orthopädische Kontrolle, augenärztlichen Befund, HNO-Befund, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.)

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen

Datum:.....

Stempel, ärztliche Unterschrift