

## Gesundheitliche Situation ihres Kindes \_\_\_\_\_ (Alter: \_\_\_\_\_)

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten ihres Kindes – **für jedes Kind ausfüllen!**

Mein Kind leidet an/unter	Nein	Ja	Wenn ja, kurz erläutern!
<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b> (z.B. Hausstaubmilben, Pollen, Tierhaare, Schimmelpilze, Nahrungsmittel, Medikamente usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b> (z.B. Blutdruck, Herzerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Lungen- &amp; Atemwegserkrankungen</b> (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Erkrankung innerer Organe</b> (z.B. Hepatitis, Nierenleiden, Darmerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Stoffwechselerkrankungen</b> (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nervenleiden</b> (z.B. Lähmungen, epileptische Anfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann war der letzte Anfall (z.B. Epilepsie)? _____ Ist ihr Kind stabil eingestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Erkrankungen der Haut</b> (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>psychische Probleme</b> (z.B. ADS/ADHS, Autismus, Mutismus usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>weitere Besonderheiten</b> (z.B. körperliche & geistige Behinderungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benötigt ihr Kind Unterstützung oder Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? _____

### Medikamente

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja

Präparat: \_\_\_\_\_

Gibt es weitere medizinische Informationen, die für Ihre Kurmaßnahme wichtig sein könnten?

\_\_\_\_\_

### Bisherige Maßnahmen am Wohnort

Psychotherapie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Ergotherapie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Sprachtherapie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Erziehungsbeistandschaft:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Schulbegleitung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Weitere Hilfen:				

### Gruppen- und/oder Kindergartenerfahrung

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung (Eingewöhnung)
Gab es Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____