

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

Medikamente

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> 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 _____ |