

Ärztliche Untersuchung für den Kindergarten / die Kinderkrippe

Kinderbildungseinrichtung: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Krankheiten: _____

Medikamenteneinnahme: _____

Sonstiges: _____

Befund:

Allgemeinzustand: _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg RR _____

Ernährungszustand _____

Karies _____

Geistige Behinderung: Welcher Art _____

Körperliche Behinderung: Welcher Art _____

Verhaltensauffälligkeiten: Welcher Art _____

Diagnosen:

Vorschlag für weitere Untersuchungen / Behandlungen:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Orthopäde |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |

Rücksprache erbeten ja / nein

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes