



ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

FÜR DEN KRABELSTUBENBESUCH

NAME des Kindes: _____

GEBURTSDATUM des Kindes: _____

ADRESSE des Kindes: _____

Die motorische Entwicklung des Kindes ist

- nicht auffällig
- auffällig

Die sprachliche Entwicklung des Kindes ist

- altersgemäß
- nicht altersgemäß

Hat das Kind Allergien?

- Nein
- Ja – welche? _____

Sind bei dem Kind Krampfanfälle aufgetreten?

- Nein
- Ja – welche? _____

Muss das Kind laufend Medikamente einnehmen?

- Nein
- Ja – welche?

Ist das Hörvermögen und /oder das Sehvermögen des Kindes eingeschränkt?

- Nein
- Ja – wie?

Hatte das Kind Operationen Unfälle oder längere Krankheiten?

- Nein
- Ja – welche?

Sind die Größe und das Gewicht des Kindes altersmäßig

- Nein
- Ja

Bekam das Kind Impfungen wie im Impfplan vorgesehen?

- Nein
- Ja

Braucht das Kind eine besondere Förderung oder eine Therapie?

- Nein
- Ja - in welchem Bereich empfohlen? _____

Sonstige Bemerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel
des Arztes

Die Eltern/Erziehungsberechtigten nehmen zur Kenntnis, dass:

- im Kindergarten keine Medikamente verabreicht werden dürfen
- nach Infektionskrankheiten (auch Lausbefall) ein ärztlich bestätigter Infektionsfreiheitschein zu bringen ist.