Gesundheitsblatt des Kindergartens: …….. Kindergartennummer: ……

Name des Kindes:

Vorname: …… **Nachname:** …….. geb.: ……

Geschlecht: O weiblich O männlich O Nationalität ……..
Muttersprache O deutsch O andere

I. Anamnese von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen

Entwicklung allgemein:

Freies Gehen bis zum 18. Monat O ja O später, wann? ……

Erste Worte bis zum 14. Monat O ja O später, wann? ……

Ist ihr Kind Tag und Nacht sauber? O ja O nein

Gibt es Besonderheiten im Sozialverhalten Ihres Kindes? O nein O ja ……

Besondere Erkrankungen Allergien O nein O ja, welche? ……

Asthma O nein O ja Heuschnupfen O nein O ja

Epilepsie (Krampfanfälle) O nein O ja Herzfehler O nein O ja

Neurodermitis O nein O ja Zuckerkrankheit O nein O ja

Sonstiges ……

Operationen/schwere Unfälle O nein O ja ……

benützte Behelfe: O Brille O Hörhilfe O Schiene O Rollstuhl

O sonstige Behelfe: ……

Hat/hatte ihr Kind folgende Therapien: O Ergotherapie

O Logopädie

O Physiotherapie

O sonstige ……

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: O nein

O ja, welche? ……

Impfungen: *Mehrfachimpfung* (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, HIB, Hepatitis B) O ja O nein

MMR (Masern, Mumps, Röteln) O ja O nein *FSME* O ja O nein

Pneumokokken O ja O nein *Rotavirus* O ja O nein

sonstige Impfungen ……

Datum: …… Unterschrift: ……

II. Ärztliche Untersuchung (wird vom Arzt/Ärztin ausgefüllt)

Untersuchung 1 am …….. von Dr. ……..

US 2 am …….. von Dr. …… **US 3** am …….. von Dr. ……

Beobachtungsbogen unauffällig O ja
auffällig O Motorik O Selbständigkeit O soz.emot. Verhalten
O Spielverhalten O Sprache O Wahrnehmung

Größe: (1) _____cm _____Perzentile (2) _____cm _____Perzentile (3) _____cm _____Perzentile
Gewicht: (1) _____kg _____Perzentile (2) _____kg _____Perzentile (3) _____kg _____Perzentile

Zahnstatus:	unauffällig/saniert	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	Karies	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	Fehlstellung	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
HNO:	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	akuter Infekt	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Herz (auskult.):	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Lunge (auskult.):	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Bauchorgane (palp.)	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Haut:	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Wirbelsäule:	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Extremitäten:	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Muskeltonus:	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Gangbild:	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Einbeinstand, -hüpfen:	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	auffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
Daumenopp.test:	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3
	auffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Sonstiges: ……

……..

Mitteilungen: mitgegeben O nein O ja Rückmeldung O nein O ja

Augen-Untersuchung von …… am ……
Visus: O unauffällig O auffällig *Schielen*: O nein O ja Rückmeldung O nein O ja

Hörtest von Dipl.Log. …….. am ……
O unauffällig Hörschwäche O einseitig O beidseitig Rückmeldung O nein O ja

Logopädischer Befund von Dipl.Log. …… am ……
O unauffällig O auffällig