

Ärztliche Untersuchung für den Kindergartenbesuch

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Wohnhaft in: _____

Die motorische Entwicklung des Kindes ist

- nicht auffällig
- auffällig

Die Wirbelsäule und Rumpfstabilität des Kindes ist

- nicht auffällig
- auffällig

Die sprachliche Entwicklung des Kindes ist

- altersgemäß
- nicht altersgemäß

Hat das Kind Verhaltensstörungen (Spiel- und Sozialverhalten)?

- Nein
- Ja – welche?

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 ein geschränkt?

- Nein
- Ja – wie?

Hatte das Kind Operationen Unfälle oder längere Krankheiten?

- Nein
- Ja – welche?

Nässt das Kind tagsüber ein oder kotet es ein?

- Nein
- Ja

Hat das Kind Schlafstörungen?

- Nein
- Ja

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) eine ärztliche Bestätigung zu bringen ist.