

5. überstandene Krankheiten des Kindes (Bitte geben Sie jeweils das Jahr an!)

<input type="checkbox"/> Mumps _____	<input type="checkbox"/> Masern _____	<input type="checkbox"/> Röteln _____
<input type="checkbox"/> Keuchhusten _____	<input type="checkbox"/> Windpocken _____	<input type="checkbox"/> Scharlach _____
<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung _____	<input type="checkbox"/> Harnblasen-/Nierenerkrankung _____	
<input type="checkbox"/> schwere Darmerkrankung, wann und welche?		
<input type="checkbox"/> andere schwere Erkrankungen, wann und welche?		
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte, wann und warum?		
<input type="checkbox"/> Operationen, wann und warum?		
<input type="checkbox"/> Unfälle, wann und welche Verletzung?		
<input type="checkbox"/> Kuren, wann mit welchem Behandlungsschwerpunkt?		

6. Gesundheitsstörungen und Besonderheiten beim Kind

<input type="checkbox"/> Sehstörung, Brille seit (Monat/Jahr) _____ / letzte Brille seit (Monat/Jahr) _____	<input type="checkbox"/> Bettnässen		
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> häufig Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Mundatmer	<input type="checkbox"/> häufig Infekte
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale
<input type="checkbox"/> Ekzeme	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle/Epilepsie	<input type="checkbox"/> starke motorische Unruhe
<input type="checkbox"/> übermäßige Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Allergien, welche?		
<input type="checkbox"/> chronische Darmerkrankung, welche?			
<input type="checkbox"/> Skeletterkrankungen, (z. B. Wirbelsäule, Hüfte, Füße o.ä.) welche?			
<input type="checkbox"/> sonstige schwere Erkrankungen, welche?			
<input type="checkbox"/> Einnahme von Medikamenten, welche?			
<input type="checkbox"/> jetzige Beschwerden, welche?			

7. Betreuender Arzt des Kindes

<input type="checkbox"/> Kinderarzt	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Name des betreuenden Arztes		

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

Datum