

# INFORMATIONSBLATT

Dieses Informationsblatt soll mir dabei helfen, einen besseren Überblick zu den Gewohnheiten Ihres Kindes zu bekommen.

Bitte nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen und weisen Sie mich bei Änderungen darauf hin. Sollte Ihr Kind regelmäßig oder über einen bestimmten Zeitraum Medikamente bekommen füllen Sie bitte Unbedingt eine Medikamenten Vollmacht aus.

Name und Adresse der Erziehungsberechtigten:

.....  
.....

Telefonnummer:

.....

Geschäftliche Telefonnummer:

.....

Handynummer:

.....

Zusätzliche Notfallnummer (z.B. Oma)

.....

Name und Geburtsdatum des Kindes:

.....

Behinderungen, Krankheiten, chronische Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten ?

.....  
.....

Auswirkungen der Krankheiten, Allergien usw. ?

.....  
.....  
.....

Müssen Medikamente eingenommen werden ? (Regelmäßig und bei Bedarf)

Falls ja bitte detailliert eintragen, wann und wie.

Ebenso bitte eine Medikamenten Vollmacht ausfüllen!

.....  
.....  
.....

Name, Adresse des Kinderarztes:

.....  
.....

Telefonnummer:

.....

Handynummer:

.....

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind ?

.....

Adresse:

.....

Krankenkassennummer:

.....

Gibt es bei Ihrem Kind Ängste ? Falls ja, welche ?

.....  
.....

Welche Vorlieben, Abneigung und Gewohnheiten hat Ihr Kind bei:

Frühstück:.....  
.....

Mittagessen:.....  
.....

Abendessen:.....  
.....

Zwischemahlzeiten:.....  
.....

Zu welchen Uhrzeiten bekommt Ihr Kind ein Fläschchen oder Brei ??

.....  
.....  
.....

Zubereitungen:

.....  
.....  
.....

Gibt es bestimmte Rituale bei Ihnen ?

Beim Essen:.....

.....

Vor dem Zubettgehen:.....

.....

Beim Aufstehen:.....

.....

Darf Ihr Kind Fernsehen ?.....

Wieviel Minuten Täglich ?.....

Welche Sendungen ?.....

Sonstige Hinweise die Ihnen wichtig sind, wie zum Beispiel  
Verbote, Erlaubtes usw. ?

.....

.....

.....

.....

Mit meiner Unterschrift Bestätige ich die Richtigkeit meiner  
Angaben:

Name: .....

Ort und Datum:.....

Unterschrift der Erziehungsberechtigten:.....