

**Allgemeine Daten des Kindes zur Aufnahme
in eine städtische Kindertagesstätte**

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Untersuchung am: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Überstandene Krankheiten:

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Masern | <input type="checkbox"/> | Röteln | <input type="checkbox"/> | Windpocken | <input type="checkbox"/> |
| Mumps | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten | <input type="checkbox"/> | Scharlach | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | Typhus | <input type="checkbox"/> |
| Paratyphus | <input type="checkbox"/> | Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | Spin. Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> |

Hautkrankheiten und Allergien:

Schutzimpfungen:

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> | Diphtherie | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> |
| Kinderlähmung (Polio) | <input type="checkbox"/> | Masern | <input type="checkbox"/> | | |
| Wundstarrkrampf (Tetanus) | <input type="checkbox"/> | Datum der letzten Impfung: | _____ | | |

Sonstiges: _____

Vorsorgeuntersuchung:

Untersuchungstermin
wahrgenommen/Datum:

- | | | |
|-----|-------------------------------|-------|
| U 1 | Neugeborenen-Erstuntersuchung | _____ |
| U 2 | 3. bis 10. Lebenstag | _____ |
| U 3 | 4. bis 6. Lebenswoche | _____ |
| U 4 | 3. bis 4. Lebensmonat | _____ |
| U 5 | 6. bis 7. Lebensmonat | _____ |
| U 6 | 10. bis 12. Lebensmonat | _____ |
| U 7 | 21. bis 24. Lebensmonat | _____ |

Besonderheiten der körperlichen und geistigen Entwicklung (z. B. Krampfleiden):

Das Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten. Es bestehen gegen eine Aufnahme in der Kindertagesstätte keine Bedenken.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes oder des / der Erziehungsberechtigten

Erklärung

Wir versichern als erziehungsberechtigte Eltern / Ich versichere als Erziehungsberechtigter des Kindes

Name: _____ Vorname _____ Geb.-Datum: _____

Straße, Hausnummer, Wohnort / Stadtteil

dass in der Wohngemeinschaft des Kindes gegenwärtig keine übertragbaren Krankheiten (z. B. Diphtherie, Masern, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, spinale Kinderlähmung, infektiöse Darmerkrankungen, ansteckende Gelbsucht) vorhanden sind oder der Verdacht auf solche vorliegt bzw. die Karenzzeit abgelaufen ist.

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, das Kind sofort vom Besuch der Kindertagesstätte zurückzuhalten und die Leitung der Kindertagesstätte unverzüglich zu benachrichtigen, wenn beim Kind oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten