

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <p style="text-align: center;">Interne Regelung<br/>Rücksendeschein<br/>Begleitkind</p> | <p>Zugehörig zu QMH-Kap.: III-6.4<br/>ZIN_INT_VER_III-6.4-29_<br/>MedRücksendescheinBehleitkind_02220727</p> |
|---|---|--|

**Ergänzende Angaben Begleitkind**

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung:  nein  ja Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Pflegegrad ohne  1  2  3  4  5

Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbeschädigtenausweises bei.

Kindergarten  Schule Schulart/Klasse \_\_\_\_\_

**Ernährungsweise:** (Bitte beachten Sie, Sonderkost für Ihr Kind kann nicht in der Kinderbetreuung gereicht werden.)

Mischkost  Vegetarische Kost  sonstiges \_\_\_\_\_

Vegane Kost (Empfehlung ab 12 Jahre)

Nahrungsmittelunverträglichkeiten?  nein  ja welche? \_\_\_\_\_

Operationen/ Krankenhausaufenthalte? \_\_\_\_\_

Allergien?  nein  ja welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind komplett geimpft?  ja  nein welche Impfungen fehlen? \_\_\_\_\_

**Hatte Ihr Kind schon einmal eine Kinderkrankheit?**

Mumps  Masern  Ringelröteln  Röteln  Scharlach

Hand-Mund-Fuß  Windpocken

**Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?** (bitte ankreuzen)

ADS/ADHS  Sprachstörung  Konzentrationsstörung  Schlafstörungen

Adipositas  Essstörung  Kopfschmerzen/Migräne

Nächtliches Einnässen (Im Haus kann kein Trockentraining stattfinden!)

Krampfanfälle (Eine Aufnahme kann nur erfolgen, wenn der letzte Anfall mehr als 12 Monate zurückliegt!)

Nimmt Ihr Kind Dauermedikamente ein?  nein  ja welche? (bitte Dosierung mit angeben)

