



Name des Kindes: geb.:.....

Geschlecht: O weiblich O männlich O Nationalität.....

I. Anamnese von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen

Entwicklung allgemein:

Freies Gehen bis zum 18. Monat O ja O später, wann?

Erste Worte bis zum 14. Monat O ja O später, wann?

Ist ihr Kind Tag und Nacht sauber? O ja O nein

Gibt es Besonderheiten im Sozialverhalten Ihres Kindes? O nein O ja

Besondere Erkrankungen Allergien O nein O ja, welche?

Asthma O nein O ja Heuschnupfen O nein O ja

Epilepsie (Krampfanfälle) O nein O ja Herzfehler O nein O ja

Neurodermitis O nein O ja Zuckerkrankheit O nein O ja

Sonstiges

Operationen/schwere Unfälle O nein O ja

benützte Behelfe: O Brille O Hörhilfe O Schiene O Rollstuhl

O sonstige Behelfe:

Hat/hatte ihr Kind folgende Therapien: O Ergotherapie

O Logopädie

O Physiotherapie

O sonstige

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: O nein

O ja, welche?

Impfungen: *Mehrfachimpfung* (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, HIB, Hepatitis B) O ja O nein

MMR (Masern, Mumps, Röteln) O ja O nein *FSME* O ja O nein

Pneumokokken O ja O nein *Rotavirus* O ja O nein

sonstige Impfungen

Datum: Unterschrift: