

Untersuchung zur Aufnahme in der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung

Bitte Mutter-Kind-Pass mitnehmen

Das Kind.....geb:.....

wohnhaft in.....

erreicht die altersgemäßen Grenzsteine in den Bereichen:

- | | | |
|----------------------|-------------|---------------|
| <i>Sprache</i> | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |
| <i>Körpermotorik</i> | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |
| <i>Feinmotorik</i> | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |
| <i>Kognition</i> | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |
| <i>Perzeption</i> | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |

- Geburt in der wievielten Schwangerschaftswoche / Besonderheiten bei SS oder Geburt:

Bereits empfohlene bzw. durchgeführte Maßnahmen/ Therapien

- | | | |
|-------------------------------------|-------------|---------------|
| HNO-Untersuchung | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |
| Ergotherapie | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |
| Logopädische Abklärung | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |
| Physiotherapie | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |
| Ambulanz zur Entwicklungsdiagnostik | <i>O ja</i> | <i>O nein</i> |

Folgende Überweisungen wurden ausgehändigt:.....

Früherkennung im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen:

Gab es Auffälligkeiten bei den bisherigen Vorsorgeuntersuchungen (z.B. M-Chat; SPES)?
nein ja (bitte anführen):.....

Bekannte Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

.....

Länger andauernde Medikamenteneinnahme / Dauermedikation:

.....

Bestehende Krankheiten (z.N. Asthma bronchiale, Diabetes, etc.)

.....

Hat das Kind einen besonderen medizinischen Betreuungsbedarf?

.....

.....

.....
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Empfohlene Impfungen im Säuglings- und Kleinkindalter – Bestätigung des Arztes (laut Impfplan Österreich 2018)

Liebe Eltern!

Bitte überprüfen Sie oder lassen Sie von Ihrem Arzt überprüfen, ob Ihr Kind die empfohlenen Impfungen erhalten hat und der Impfschutz ausreichend ist.

Folgende Impfungen werden empfohlen:

Name der Impfung	Impfschema	Impfschutz vorhanden	
Diphtherie – Pertussis – Tetanus – HiB – Polio – Hepatitis B - Impfung („6-fach-Impfung“; kostenfrei)	1. und 2. Teilimpfung im 3. und 5. Lebensmonat und 3. Teilimpfung ab dem 12. Lebensmonat	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Pneumokokken - Impfung (bis zum vollendeten 2. Lebensjahr kostenfrei)	1. und 2. Teilimpfungen im 3. und 5. Lebensmonat und 3. Teilimpfung ab dem 12. Lebensmonat	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Masern-Mumps-Röteln -Impfung (MMR) (kostenfrei)	1. Teilimpfung ab dem 9. Lebensmonat und 2. Teilimpfung 3 Monate später oder bei Erstimpfung nach dem 1. Lebensjahr 2. Teilimpfung nach frühestens 4 Wochen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Varizellen – Impfung (nicht kostenfrei)	2 Impfungen ab vollendetem 1. Lebensjahr im Abstand von mindestens 4 Wochen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Meningokokken der Gruppe B - Impfung (nicht kostenfrei)	2-3 Teilimpfungen ab dem 2. Lebensmonat	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Meningokokken der Gruppe C – Impfung (nicht kostenfrei)	1 Teilimpfung ab dem vollendeten 1. Lebensjahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A – Impfung (nicht kostenfrei)	2 Teilimpfungen ab dem vollendeten 1. Lebensjahr im Abstand von 6 Monaten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
FSME – Impfung („Zecken-Impfung“) (nicht kostenfrei)	1. und 2. Teilimpfung im 13. und 14. Lebensmonat und 3. Teilimpfung nach 9-12 Monaten 1. Auffrischung nach 3 Jahren	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Vor allem die Auffrischungsimpfungen im 2. Lebensjahr werden nicht selten übersehen!

Sprechen Sie bitte mit Ihrem Kinderarzt über das Risiko von fehlendem oder unvollständigem Impfschutz.

..... Datum,.....

Unterschrift des Arztes