

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