

Aufnahmeformular für Kinder mit Förderbedarf

Anmeldebogen für die Kindertagesstätte St. Angela
Hannöversche Str. 119, 44143 Dortmund
Tel.: 0231 / 60 00 66 50, Fax: 0231 / 60 00 66 79, angela@caritas-dortmund.de

Anmeldedatum: _____ Aufnahmedatum: _____

Kostenträger: _____ Kostenzusage bis: _____

AZ: _____ Gruppe: _____

Kostenbeitrag für das Mittagessen: _____

Wunsch der Eltern: integrative Gruppe heilpädagogische Gruppe:

Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Religion: _____ Staatsangehörigkeit/Status: _____

Anschrift: PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Eltern:

Vater, Name: _____ **Vorname:** _____

Religion: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankheiten: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mutter, Name: _____ **Vorname:** _____

Religion: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankheiten: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Geschwister des Kindes Name / Jahrgang:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

| | | |
|---|-----------------------------|---------------|
| Anlage x zu: Aufnahmeformular für Kinder mit Förderbedarf | Version 1.0 Stand: 22.03.12 | Seite 1 von 4 |
| Kapitel: QMH xxx Anlage x | Geprüft: | Freigabe: |

Aufnahmeformular für Kinder mit Förderbedarf

Kontaktadressen:

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Behinderung/Diagnosen:

Hilfsmittel(Rollstuhl, Sitzschale, Rehabuggy, Hörgeräte, Brille...):

Klinikaufenthalte (Diagnose, Operationen)/ Betreuende Neuropädiatrie:

Behandelnde Ärzte (Kinderarzt, Orthopäde, Augenarzt):

(Bitte, wenn möglich, auch die Anschrift angeben!)

1. _____

2. _____

3. _____

Besuchte Therapien und Einrichtungen: (Bitte Berichte nachreichen)

Frühförderung: _____

Krankengymnastik: _____

andere Therapien: _____

Durchgemachte Krankheiten/Kinderkrankheiten:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Allergien: _____ |

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

- nein ja:

Name: _____

Dosierung: _____

Unverträglichkeiten: _____

Bekommt das Kind krampfartige/epileptische Anfälle, Fieberkrämpfe?

- nein ja:

Notfallmedikament: _____

Entwicklungsstand des Kindes bei der Anmeldung:

Wie sitzt es?

Wie bewegt es sich?

Ist es sauber/trocken? (Windeln, Katheter, Topf,...)

Kontaktverhalten des Kindes: (Sprache, Äußern von Wünschen und Gefühlen...)

Spielverhalten des Kindes: (Konzentration, Spielzeug, Vorlieben...)

Schlafverhalten:

Wie ist das Ess-und Trinkverhalten?

Isst und trinkt alleine _____

Füttern: mit/ohne Handführung, mit Löffel, mit Gabel, feste Nahrung, kleingedrücktes Essen, Brei

Trinken: mit/ohne Handführung, Tasse, Trinklerntasse, Schnabeltasse, Babyflasche, Spritze, Sonde

Trinkmenge pro Darreichung: _____ wie oft am Tag? _____

Muss eine Diät eingehalten werden? _____

Vorgeschichte:

Besonderheiten in der übrigen Familie: _____

Erkrankungen der Mutter vor und während der Schwangerschaft

Wie verlief die Schwangerschaft? normal kompliziert

Geburtsverlauf: Wohnung Krankenhaus

Schwangerschaftsdauer: _____ Wochen

Fruchtwasser: klar grün

Geburtslage: Kopflage Steißlage

Geburt: spontan

Kunsthilfe: Zange, Vakuum, Wendung, Sectio

Nabelschnurumschlingung nein ja

Aufenthalt in der Geburtsklinik: _____

Aufenthalt in der Kinderklinik: _____

Trinkverhalten(Stillen,Saugen...) _____

jetziger Kindergarten _____

GE: ja / nein

betreuende Institution: (SPFH, Hospiz, Pflegedienst etc) _____
