

# Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin

Abteilung Soziales und Gesundheit  
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst



Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,  
um bei der Betreuung Ihres Kindes evtl. gesundheitliche Probleme berücksichtigen zu können,  
bitten wir Sie, die folgenden Fragen kurz zu beantworten:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Ihres Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Wohnanschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nummer

	JA	NEIN
Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung (z.B. Herzerkrankung, Nierenerkrankung, Epilepsie) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neigt Ihr Kind zu Bronchitis oder Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind schon einmal einen Fieberkrampf gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Machen Sie sich Sorgen über die Entwicklung Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Erhält Ihr Kind Therapien (z.B. Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Kind in den letzten drei Wochen krank gewesen oder hat es Kontakt zu Personen mit ansteckenden Krankheiten gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie oder Ihr Kind sich innerhalb der letzten zwei Jahre für längere Zeit in einem Land aufgehalten, in dem Tuberkulose häufig vorkommt (z.B. Afrika, Asien, Ost-Europa, Russland)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind Geschwister? Name: Name:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geburtsdatum: Geburtsdatum:		

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / Personenberechtigten