

Kennenlernbogen

Name, Vorname des Kindes		M		W
Anschrift				
Name, Telefonnummer (ggf. Adresse) der Erziehungsberechtigten				
SV.Nr. des Kindes, Geburtsdatum		Das Kind ist mitversichert bei: Name		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		SV.Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Wer soll im Notfall verständigt werden? Name, Telefonnummer (ggf. Adresse)				
Hausarzt, Kinderarzt Name, Telefonnummer, Adresse				
TAGESGESTALTUNG				
Besucht Ihr Kind einen Kindergarten? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Adresse eintragen.				
Bei Schulkindern: Besucht Ihr Kind einen Hort? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Adresse eintragen.				
Lieblingsspiele, Lieblingsspielsachen				
Darf Ihr Kind fernsehen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie lange und welche Sendungen?				
Darf Ihr Kind den PC bzw. Gameboy benutzen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche Spiele sind erlaubt, wie lange darf gespielt werden?				
ERNÄHRUNG				
Welche Lieblingsspeise(n) hat Ihr Kind?				
Wie viele und welche Naschereien darf Ihr Kind essen?				
Was ist/sind sein(e) Lieblingsgetränk(e)?				
GESUNDHEIT, SICHERHEIT				
Leidet Ihr Kind an Allergien? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, an welchen? Welche Maßnahmen sind notwendig?				
Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen (z. B. Asthma, Diabetes, Epilepsie)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, an welchen? Welche Maßnahmen sind notwendig?				
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? Wann und in welcher Dosierung?				
Leidet Ihr Kind unter Hörstörungen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Trägt Ihr Kind eine Brille? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wo gibt es eine Ersatzbrille?				
KÖRPERPFLEGE, KLEIDUNG				
Benötigt Ihr Kind Windeln? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Benützt Ihr Kind den Topf? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Benützt Ihr Kind das WC? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Kann sich Ihr Kind selbstständig anziehen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Soll Ihr Kind gebadet werden? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gibt es ein „Baderitual“?				
Welche Pflegeprodukte sind zu verwenden?				
SCHLAFEN				
Wann soll Ihr Kind schlafen gehen? <input type="text"/> Mittagsschlaf? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ca. um ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Gibt es ein „Schlafritual“? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, welches?				

Hinweis: Alle Daten werden nur dazu verwendet, dem Kind die bestmögliche Betreuung zu bieten, und werden vertraulich behandelt!

Unterschrift Erziehungsberechtigter