

Kennenlernbogen

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

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