

# Untersuchung zur Aufnahme in der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung

Bitte Mutter-Kind-Pass mitnehmen

Das Kind..... geboren am .....

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*

<i>HNO-Untersuchung</i>	<i>O ja</i>	<i>O nein</i>
<i>Ergotherapie</i>	<i>O ja</i>	<i>O nein</i>
<i>Logopädische Abklärung</i>	<i>O ja</i>	<i>O nein</i>
<i>Physiotherapie</i>	<i>O ja</i>	<i>O nein</i>
<i>Ambulanz zur Entwicklungsdiagnostik</i>	<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?**

.....

**Empfohlene Impfungen im Säuglings- und Kleinkindalter – Bestätigung des\*der Arztes\*Ärztin  
(laut Impfplan Österreich 2023)**

Liebe Erziehungsberechtigte!

Bitte überprüfen Sie oder lassen Sie von Ihrem\*Ihrer Arzt\*Ärztin überprüfen, ob Ihr Kind die empfohlenen Impfungen erhalten hat und der Impfschutz ausreichend ist.

**Folgende Impfungen werden empfohlen:**

Name der Impfung	Impfschema	Impfschutz vorhanden	
		ja	nein
<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> im 12. Lebensmonat	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Varizellen</b> – Impfung (nicht kostenfrei)	<b>2 Impfungen</b> ab vollendetem 1. Lebensjahr im Abstand von mindestens 6 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Meningokokken der Gruppe B</b> - Impfung (nicht kostenfrei)	<b>2-3 Teilimpfungen</b> ab dem 2. Lebensmonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Meningokokken der Gruppe C</b> – Impfung (nicht kostenfrei)	<b>1 Teilimpfung</b> ab dem vollendeten 1. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hepatitis A</b> – Impfung (nicht kostenfrei)	<b>2 Teilimpfungen</b> ab dem vollendeten 1. Lebensjahr im Abstand von 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vor allem die Auffrischungsimpfungen im 2. Lebensjahr werden nicht selten übersehen!

Sprechen Sie bitte mit Ihrem\*Ihrer Kinderarzt\*Kinderärztin über das Risiko von fehlendem oder unvollständigem Impfschutz.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des\*der Arztes\*Ärztin