

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
Diphtherie – Pertussis – Tetanus – HiB – Polio – Hepatitis B - Impfung („6-fach-Impfung“; kostenfrei)	1. und 2. Teilimpfung im 3. und 5. Lebensmonat und 3. Teilimpfung im 12. Lebensmonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken - Impfung (bis zum vollendeten 2. Lebensjahr kostenfrei)	1. und 2. Teilimpfungen im 3. und 5. Lebensmonat und 3. Teilimpfung ab dem 12. Lebensmonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern-Mumps-Röteln- Impfung (MMR) (kostenfrei)	1. Teilimpfung ab dem 9. Lebensmonat und 2. Teilimpfung 3 Monate später oder bei Erstimpfung nach dem 1. Lebensjahr 2. Teilimpfung nach frühestens 4 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizellen – Impfung (nicht kostenfrei)	2 Impfungen ab vollendetem 1. Lebensjahr im Abstand von mindestens 6 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken der Gruppe B - Impfung (nicht kostenfrei)	2-3 Teilimpfungen ab dem 2. Lebensmonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken der Gruppe C – Impfung (nicht kostenfrei)	1 Teilimpfung ab dem vollendeten 1. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A – Impfung (nicht kostenfrei)	2 Teilimpfungen ab dem vollendeten 1. Lebensjahr im Abstand von 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FSME – Impfung („Zecken-Impfung“) (nicht kostenfrei)	1. und 2. Teilimpfung im 13. und 14. Lebensmonat und 3. Teilimpfung 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