**Personenbezogene Daten**

###### AWO-Mitarbeiter/in KIND: [ ]  ja [ ]  nein

###### KIND: [ ]  männlich [ ]  weiblich

###### Name / Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**geboren am** Datum eingeben **in** Ort eingeben

**Anschrift** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Lebensmittelpunkt bei** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Sorgeberechtigung**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Staatsangehörigkeit**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Muttersprache**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Integration** [ ]  **ja** [ ]  **nein**

**Krankheiten/Allergien/** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besondere Merkmale** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

(z.B. kein Schweinefleisch)

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medikamente**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Im Notfall zu verständigen:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**(oder bei Unfall in der Kita)**

**Falls im Notfall keine der zu verständigenden Personen erreichbar ist, ist die Kita gesetzlich verpflichtet, einen Arzt zu konsultieren, der das Kind untersucht und beim Arzt die hierzu erforderlichen Angaben über das Kind zu machen, evtl. auf Wunsch des Arztes auch in eine Rücksprache mit dem Hausarzt/ Kinderarzt des Kindes einzuwilligen.**

###### PERSONENSORGEBERECHTIGTE

###### MUTTER:

###### Name / Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Anschrift** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Herkunftsland** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum** Datum eingeben **Geburtsort** Ort eingeben

**Telefon zu Hause** Nummer eingeben **Handy**  Nummer eingeben

**Telefon Beruflich** Nummer eingeben

###### e-mail Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

###### VATER:

###### Name / Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Herkunftsland** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum** Datum eingeben **Geburtsort** Ort eingeben

**Telefon zu Hause** Nummer eingeben  **Handy** Nummer eingeben

**Telefon Arbeit**  Nummer eingeben

**e-mail**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

###### Geschwister:

###### Name / Vorname / Geb. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

###### Name / Vorname / Geb. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

###### Name / Vorname / Geb. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

###### Name / Vorname / Geb. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Großeltern:** ABHOLBERECHTIGT [ ]  ja [ ]  nein

###### Name / Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Herkunftsland** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**weitere Abholberechtigte Personen:**

**Name / Vorname/ Tel.Nr** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Name / Vorname/ Tel.Nr** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Name / Vorname/ Tel.Nr** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Name / Vorname/ Tel.Nr** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort und Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)

***Von der Leitung auszufüllen und im Adebis zu erfassen:***

Name des Kindes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nachweis Vorsorgeuntersuchung**

* Der Nachweis über die letzte altersgemäße Früherkennungsuntersuchung wurde durch persönliche Einsichtnahme in das Kinder-Untersuchungsheft erbracht **am**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Der Nachweis über die letzte altersentsprechende Früherkennungsuntersuchung wurde **nicht** vorgelegt. Es wurde auf die Verpflichtung und die Notwendigkeit der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchung hingewiesen **am** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nachweis Impfstatus**

* Alle altersgemäßen Impfungen wurden im Impfpass eingesehen **am**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Der schriftliche Nachweis zum Impfstatus wurde nicht vorgelegt. Es wurde auf die die Notwendigkeit einer ärztlichen Impfberatung hingewiesen **am**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Für o.g. Kind sind die Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG zum Masernschutz erfüllt durch:**

* **Nachweis über 1 Masernimpfung für Kinder im Alter von 13 – 24 Monaten**
* **Nachweis über 2 Masernimpfungen für Kinder älter als 24 Monate**
* **Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern besteht**,

weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist.

* **Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation,**

aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf.

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich, voraussichtlich in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 Wochen 🞎 Monaten.

* **Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Leitung