

Attest für das Kind

Patient

Begleitkind

Name, Vorname des Kindes		geb. am
Straße, Hausnr.		
PLZ	Ort	

Name und Adresse Kinderärztin / Kinderarzt

Falls Patient, bitte ausfüllen:

		Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
<input type="checkbox"/>	Sprach- / Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/>	Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/>	Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/>	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/>	Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/>	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/>	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und / oder Kindergarten-erfahrung	
<input type="checkbox"/>	siehe Extra Attest	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin