

## Aufnahmebogen

### 1. Angaben über das Kind

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Wohnort u. Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Aufnahme am: \_\_\_\_\_ Abgang am: \_\_\_\_\_

Hausarzt des Kindes: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse, bei der das Kind mitversichert ist:

\_\_\_\_\_

### 2. Angaben über die Personensorgeberechtigten

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

geb. am.: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

*-Freiwillige Angabe-*

Wohnort u. Straße: \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

*-Freiwillige Angabe-*

Wohnort u. Straße: \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_

### **In Notfällen telefonisch zu erreichen:**

Privat : \_\_\_\_\_

Am Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben (z.B. getrennt lebend, geschieden):

\_\_\_\_\_

### **3. Geschwister**

Anzahl der in der Familie lebenden Kinder: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

### **4. Überstandene Krankheiten (Zutreffendes unterstreichen) *freiwillige Angabe***

Masern - Keuchhusten - Scharlach - Diphtherie - übertragbare Kinderlähmung - Mumps -  
Röteln - Windpocken

## 5. Impfungen (jeweils Datum angeben) *freiwillige Angabe*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**Die Vorlage des Impfausweises erfolgt an dieser Stelle auf freiwilliger Basis, ansonsten ist es erforderlich, durch ein ärztliches Zeugnis mindestens zwei Masern-Schutzimpfungen oder eine ausreichende Immunität gegen Masern nachzuweisen. Die Immunität kann durch einen Bluttest (sog. Titerbestimmung) festgestellt werden.**

## 6. Allergien

ja

nein

wenn ja, auf was reagiert Ihr Kind allergisch?

Lebensmittel, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Getränke, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Pflanzen, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Tiere / Tierhaare, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Insektenstiche, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Sonstiges

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)