

**Aufnahmecheckliste:**

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**bedeutsame Familienmitglieder:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**bedeutsame Familienmitglieder:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**andere bedeutsame Personen:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Wir benötigen folgende Dokumente:**

- Geburtsurkunde
- Gesundheitskarte
- Impfausweis
- Vorsorgeheft
- (Kinder-)Ausweis, Reisepass
- Zeugnisse (in Kopie)

**Wir benötigen folgende Unterschriften:**

- Einverständniserklärung in Fragen der medizinischen Versorgung sowie Schweigepflichtentbindung
- Einwilligung zur Verwendung von Personenabbildungen

**Wir benötigen folgende Informationen:**

- ja  nein Leidet ihr Kind unter Allergien – insb. Nahrungsmittelallergien?
- ja  nein Benötigt ihr Kind Medikamente?
- ja  nein Gibt es chronische Vorerkrankungen?
- ja  nein Ist ihr Kind in der Vergangenheit operiert worden?
- ja  nein Sind dabei Komplikationen aufgetreten?

**Namen und Adressen behandelnder Ärzte / Fachärzte:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wichtige Informationen für Sie:**

**Gruppe/ Bezugspädagogen:** \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Bereichsleitung:** \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Beschwerdestelle:** \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

---

**Sonstiges:**