

# Kooperation Kita - Kinderärztliche Praxis Kreis Bergstraße

## Informationsbogen an die Kinderärztliche Praxis

<b>An</b>	Kinderärztliche Praxis
	Eingang am

<b>Kind</b>	Name	Vorname	Geb. am
	Adresse		

<b>Einrichtung</b>	Name der Einrichtung
	Telefon-Nr.:
	E-Mail:
	Aufnahmedatum des Kindes
	Zuständige Fachkraft
Zu folgenden Zeiten gut erreichbar:	

<b>Anlass</b>	<input type="checkbox"/>	Anfrage aus Ihrer Praxis vom .....
	<input type="checkbox"/>	Eigene Initiative der Kita (nach Absprache mit den Eltern)
	<input type="checkbox"/>	Auf Wunsch der Eltern

<b>Anlagen</b>	<input type="checkbox"/>	Siehe beiliegenden Bericht
	<input type="checkbox"/>	Siehe beiliegenden Entwicklungsbogen
	<input type="checkbox"/>	Keine

<b>Rück- meldung der Kita</b>	<input type="checkbox"/>	Das Kind ist unauffällig in der Kita; Es werden keine besonderen Auffälligkeiten beobachtet

**Beschreibung des Problems / der Auffälligkeit des Kindes aus Sicht der Einrichtung (ggf. gesondertes Blatt)**

# Kooperation Kita - Kinderärztliche Praxis Kreis Bergstraße

## Hintergrundinformationen über Kind / Familie

--

## Bisherige Empfehlungen / Maßnahmen

--

## Andere beteiligte Stellen

Institution	Fachkraft	Telefon
Institution	Fachkraft	Telefon

## Wir bitten um (s.u.) ... und bedanken uns für Ihre Unterstützung!

<input type="checkbox"/>	Durchführung der notwendigen Diagnostik	<input type="checkbox"/>	Prüfung bzgl. Förder- / Therapiemaßnahmen
<input type="checkbox"/>	Information über eingeleitete Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	Rücksprache / Kontaktaufnahme zu uns
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		

Mit dieser Informationsweitergabe sind die Eltern bzw. Sorgeberechtigten einverstanden.

.....  
Unterschrift eines Elternteils/Vormunds/Pflegers

.....  
Ort, Datum Kita-Leitung