

Kooperation Kita - Kinderärztliche Praxis Kreis Bergstraße

Rückmeldung an die Kindertageseinrichtung

An	Kindertageseinrichtung
	Eingang am

Kind	Name	Vorname	Geb. am
	Adresse		

Einrichtung	Name der Kinderärztlichen Praxis		
	Telefon-Nr.:		
	E-Mail:		
	Zu folgenden Zeiten gut erreichbar:		

Rückmeldung	
Rückmeldung zu Ihrem Informationsbogen vom	
Ich habe Ihren Informationsbogen erhalten und möchte Sie darüber informieren, dass	
<input type="checkbox"/>	ich derzeit keine behandlungsbedürftige Erkrankung festgestellt habe und deshalb keine weiteren Maßnahmen für notwendig erachte.
<input type="checkbox"/>	ich folgende Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose gestellt habe:
<input type="checkbox"/>	weitere diagnostische Klärungen erfolgen bzw. vorgesehen sind und zwar:
<input type="checkbox"/>	eine Überweisung erfolgte zu:

Kooperation Kita - Kinderärztliche Praxis Kreis Bergstraße

<input type="checkbox"/>	eigene Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden/wurden und zwar:
<input type="checkbox"/>	eine ergotherapeutische Behandlung erfolgen wird
<input type="checkbox"/>	eine logopädische Behandlung erfolgen wird
<input type="checkbox"/>	eine krankengymnastische Behandlung erfolgen wird
<input type="checkbox"/>	eine Eingliederungs-/Integrationsmaßnahme in der Kita als notwendig erachtet wird
<input type="checkbox"/>	andere heilpädagogische Maßnahmen als notwendig erachtet werden und zwar:
<input type="checkbox"/>	Sonstiges (z.B. Empfehlungen):

Die Eltern bzw. Sorgeberechtigten werden über die erforderlichen Maßnahmen informiert und sind mit dieser Rückmeldung an die Kita einverstanden.

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

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift und Praxisstempel