



Bitte umgehend zurücksenden!
(innerhalb der nächsten 14 Tage)

Angaben zum Kind (inkl. Handicaps) (bei mehreren Kindern bitte für jedes einzeln ausfüllen)

Kur vom _____ bis _____ Tel: _____ Mobil: _____

Haus: Regenbogenland Saaleperle Kurkind Begleitkind

Bitte beachten Sie, dass nur Kurkinder eine therapeutische Behandlung erhalten, die Angaben zu Begleitkindern sind rein informativ für uns.

Name Kind: _____ Geb.-Datum: _____

1. Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? Ja, Grad: _____ Bitte Pflegegutachten MDK beifügen!
 Nein

Erhalten Sie Unterstützung in der Pflege Ihres Kindes?

Wenn ja, durch wen: _____

In welchem Umfang: _____

Kann eine Verhinderterpflege/ Kurzzeitpflege beantragt werden? ja nein

Wenn ja, wie viel wurde bereits von Ihnen in diesem Jahr zur Unterstützung benötigt? _____

2. Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertengrad? Ja, Grad: _____ Nein

3. Ist Ihr Kind an eine Fremdbetreuung (Kita, Hort, Sportgruppe...) gewöhnt oder wird es Zuhause betreut?

Info: Die Aufsichtspflicht für Ihr Kind in der Kindergruppe beginnt mit dem persönlichen Bringen und Eintragen in die Anwesenheitsliste und endet mit der Unterschrift beim Abholen.

4. Familienverhältnisse/ Bezugsperson:

ledig, alleinerziehend mit Partner zusammenlebend _____

besondere Situation z.B. Verlust eines Elternteils _____

	Erstellt:	Geprüft:	Änd. Stand	Freigegeben:
Name:	Anmeldung	QMB	14	GL
Datum:		KP.F.4.2.1.1.3	14.03.2023	Seite 1 von 3

5. Krankheiten/Allergien:

6. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja

nein

Wenn ja welche? _____

7. Essgewohnheiten/ Benötigt Ihr Kind Hilfe beim Essen?

8. Sind Bewusstseinsstörungen vorhanden?

ja

nein

- Wenn ja, welche:
- | | | | |
|---------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | Medikamenten- oder Stoffwechselerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | Schädel-Hirn-Trauma | <input type="checkbox"/> |
| ADHS / ADS | <input type="checkbox"/> | Akute exogene Psychose | <input type="checkbox"/> |
| Schizophrenie | <input type="checkbox"/> | Manien | <input type="checkbox"/> |
| Demenz | <input type="checkbox"/> | Inkontinenz | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | | |

Bei Epilepsie teilen Sie uns bitte das Datum des letzten Epilepsieanfalls mit. _____

Erläutern Sie bitte kurz das Handicap Ihres Kindes:

9. Zeigt Ihr Kind besondere Verhaltensauffälligkeiten, die beim Spielen in der Gruppe, beim Aufenthalt im Freien etc. beachtet werden müssen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> aggressives Verhalten | <input type="checkbox"/> Ablenkbarkeit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Klammern | <input type="checkbox"/> _____ |

10. Benötigt Ihr Kind im Kindergarten/ Schule/Kindertagesgruppe eine Einzelbetreuung?

Wenn ja, durch wen: _____

11. Schlaf- Wachrhythmus:

	Erstellt:	Geprüft:	Änd. Stand	Freigegeben:
Name:	Anmeldung	QMB	14	GL
Datum:		KP.F.4.2.1.1.3	14.03.2023	Seite 2 von 3

12. Kann Ihr Kind schwimmen?

- Schwimmer Nichtschwimmer

13. Nimmt Ihr Kind am schulbegleitenden Unterricht in unserer Kurklinik teil?

- Ja (bitte separaten Schülerfragebogen ausfüllen) Klasse bei Kuranritt: _____
- Grundschule
 - Förderschule
 - Hauptschule/ Realschule/ Gymnasium

- Nein

14. Trägt ihr Kind Windeln oder wird anderes Inkontinenzmaterial verwendet? ja nein

Wenn ja, welches? _____

15. Sind Hilfsmittel im Kurverlauf nötig: ja nein

Wenn ja, welche: _____

**Nur ankreuzen bei kleinen Kindern:
 Für mein Kind benötige ich während des Kuraufenthaltes:**

- | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Wickelauflage | <input type="checkbox"/> | Gitterbett | <input type="checkbox"/> |
| Windeleimer | <input type="checkbox"/> | Rausfallschutz | <input type="checkbox"/> |
| Hocker | <input type="checkbox"/> | Töpfchen | <input type="checkbox"/> |

16. Wird Ihre Familie von einem gesetzlichen Betreuer betreut? ja nein

Wenn ja,

Name und Anschrift: _____

17. Sonstige Bemerkungen:

 Datum & Unterschrift Erziehungsberechtigter

	Erstellt:	Geprüft:	Änd. Stand	Freigegeben:
Name:	Anmeldung	QMB	14	GL
Datum:		KP.F.4.2.1.1.3	14.03.2023	Seite 3 von 3