

**Bitte umgehend zurücksenden!**  
**(innerhalb der nächsten 14 Tage)**

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

Kur vom bis

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:
<b>Name:</b>	Anmeldung	QMB	13	GL
<b>Datum:</b>		KP.F.4.2.1.1.3	14.06.2022	Seite 1 von 2

**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?**

aggressives Verhalten     
  Ablenkbarkeit     
  Konzentrationsstörungen  
 Stimmungsschwankungen     
  Klammern     
  \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, durch wen: \_\_\_\_\_

**11. Schlaf- Wachrhythmus:**

---



---

	Erstellt:	Geprüft:	Änd. Stand	Freigegeben:
<b>Name:</b>	Anmeldung	QMB	13	GL
<b>Datum:</b>		KP.F.4.2.1.1.3	14.06.2022	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

	<b>Erstellt:</b>	<b>Geprüft:</b>	<b>Änd. Stand</b>	<b>Freigegeben:</b>
<b>Name:</b>	Anmeldung	QMB	13	GL
<b>Datum:</b>		KP.F.4.2.1.1.3	14.06.2022	Seite 3 von 3