Attest für das Kind

☐ Patient ☐ Begleitkind

Name, Vorname des Kindes	geb. am
Straße, Hausnr.	
PLZ	Ort

Name und Adresse Kinderärztin / Kinderarzt

Falls Patient, bitte ausfüllen:

		Bemerkungen
☐	Erkrankung des Kindes	
☐	Allergien	
☐	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
☐	Sprach- / Konzentrationsstörungen	
☐	Ein- und Durchschlafstörungen	
☐	Nächtliches Einnässen	
☐	Ess-Störungen	
☐	Kontaktschwierigkeiten	
☐	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
☐	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
☐	Probleme in der Schule	
☐	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
☐	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
☐	Gruppen- und / oder Kindergartenerfahrung	
☐	siehe Extra Attest	
☐	Sonstiges	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin