



Übergabe an den Kinderarzt/-Ärztin

Name des Kindes: _____ Geb.datum: _____

Fam.Stand Eltern: _____ Nationalität: _____

Diagnose: _____

Geschwister: _____

Auftrag BK: _____

Hausbesuch am: _____

Zuständige Mitarbeiterin BUNTER KREIS: _____

Bestehende Probleme: _____

Bestehende bzw. erforderliche Versorgung/ Vernetzung:

<input type="checkbox"/> <u>Therapien</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pflege</u>
<input type="checkbox"/> <u>Förderung</u>	<input type="checkbox"/> <u>Hilfsmittel</u>
<input type="checkbox"/> <u>psychosoziale Interventionen</u>	<input type="checkbox"/> <u>sozialrechtliche Interventionen</u>

Datum, Unterschrift