

**Kita** Kindertageseinrichtung

eingegangen am

**Kind**

Name

Vorname

geboren am

Adresse

**Praxis**

kinderärztliche Praxis

Telefon-Nr. / E-Mail

zu folgenden Zeiten gut erreichbar

**Rückmeldung**

Rückmeldung zu Ihrem Formular *Information an die kinderärztliche Praxis (01)* vom

Ich habe dieses erhalten und möchte Sie darüber informieren, dass

ich derzeit keinen Handlungsbedarf sehe und deshalb keine weiteren Maßnahmen für notwendig erachte.

ich folgende Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose gestellt habe:

weitere diagnostische Klärungen erfolgen bzw. vorgesehen sind und zwar:

eine Überweisung erfolgte zu:

eigene Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden / wurden und zwar:

eine ergotherapeutische Behandlung erfolgen wird

eine logopädische Behandlung erfolgen wird

eine krankengymnastische Behandlung erfolgen wird

eine Eingliederungs- / Integrationsmaßnahme in der Kita als notwendig erachtet wird

Sonstiges (z.B. Empfehlungen)

**Die Eltern / Sorgeberechtigten werden über die erforderlichen Maßnahmen informiert und sind mit dieser Rückmeldung an die Kita einverstanden. Die Rückmeldung kann *zusätzlich* per Fax erfolgen.**

Ort / Datum

Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

Ort / Datum

Unterschrift Kinderärztin / Kinderarzt und Praxisstempel