



KIND:

Familienname:

Vorname:

RECHNUNGSEMPFÄNGER:

Die Rechnung wird an die angegebene Person geschickt. Wenn die Kinderbetreuungskosten per Einzugsermächtigung bezahlt werden sollen, muss der Rechnungsempfänger eine unterschriebene Zustimmungserklärung dafür abgeben.

Familienname:

Vorname:

Adresse:

Erleichterung Ihrer Zahlungsverpflichtungen für die Kinderbetreuungsgebühren

Die regelmäßig wiederkehrenden Zahlungen für die Gemeindegebühren (oft in wechselnder Höhe) lassen sich sehr bequem über das Girokonto mit einem Abbuchungsauftrag (=SEPA-Lastschrift-Mandat) begleichen. Damit erfolgen Ihre Zahlungen immer termingerecht. Selbstverständlich können Sie die SEPA-Lastschrift bei uns jederzeit widerrufen und für den Fall der Fälle haben Sie auch ein Rückgaberecht von 56 Tagen.

Ich möchte einen Abbuchungsauftrag der Kinderbetreuungsgebühren:

☐ Ja

☐ Nein

Zahlungspflichtige/r:

IBAN:

BIC:

Mandatsreferenz: (wird von der Gemeinde ausgefüllt)

Mit meiner Unterschrift ermächtige Ich / Wir die Gemeinde Oberhofen im Inntal als Zahlungsempfänger, **Zahlungen** von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift für die **Kinderbetreuungsgebühren einzuziehen**. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschrift einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum:

Kontomaisige Zeichnung
für den Abbuchungsauftrag

NICHT ZUR ABHOLUNG BERECHTIGTE PERSONEN:

Familienname:

Vorname:

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNGEN:

Zustimmung Besuch der Fachberaterin des Landes:

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind von der Fachberaterin des Landes für Integration in der Gruppe beobachtet wird. Ich werde in einem gemeinsamen Gespräch über die Beobachtung und Eindrücke informiert und aufgeklärt.

Einverstanden: ☐

Nicht einverstanden: ☐

Zustimmung allgemein medizinische Untersuchung im 1., 2., und 3. Kindergartenjahr:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Reihenuntersuchung allgemein medizinisch untersucht werden darf. Ich werde über Auffälligkeiten vom jeweiligen Arzt informiert.

Einverstanden: ☐

Nicht einverstanden: ☐

Zustimmung Augenuntersuchung im vorletzten Jahr vor dem Schuleintritt:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Reihenuntersuchung an der Augenuntersuchung teilnehmen darf. Ich werde über Auffälligkeiten informiert.

Einverstanden: ☐

Nicht einverstanden: ☐

Zustimmung Logopädische Untersuchung im vorletzten Jahr vor dem Schuleintritt:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Reihenuntersuchung logopädisch untersucht werden darf. Ich werde über Auffälligkeiten informiert.

Einverstanden: ☐

Nicht einverstanden: ☐

Zustimmung Hörtest im vorletzten Jahr vor dem Schuleintritt:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Reihenuntersuchung an einem Hörtest teilnehmen darf. Ich werde über Auffälligkeiten informiert.

Einverstanden: ☐

Nicht einverstanden: ☐

Als Erziehungsberechtigte/r stimme ich ausdrücklich zu, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes, die aufgrund der von mir oben zugestimmten und gewünschten Untersuchungen ermittelt werden, zu Zwecken der Dokumentation, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen, sowie zum Zwecke der Verrechnung des ärztlichen Honorars vom Amt der Tiroler Landesregierung, DVR: 0059463, verarbeitet werden. Hinsichtlich der allgemeinmedizinischen Untersuchung handelt es sich um jene personenbezogenen Daten die im angeschlossenen Gesundheitsblatt angeführt sind. Das Gesundheitsblatt wird dem Erziehungsberechtigten am Ende der Kindergartenzeit ausgefolgt. Betreffend der augenärztlichen Untersuchung werden zusätzlich „Sehkraft“, „Einstellbewegung“, „Augenbeweglichkeit“ und „räumliches Sehen“ sowie „Augenhintergrund“ verarbeitet. Es erfolgt keine Datenübermittlung an Dritte. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG bzw. KENNTNISNAHME:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Kinderbetreuungseinrichtungsordnung sowie die Tarifordnung gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Die Tarifordnung sowie die Kinderbetreuungseinrichtungsordnung finden Sie auf der Homepage der Gemeinde: <https://www.oberhofen-intal.gv.at>

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Name des Kindes:

Vorname:

Nachname:

geb.:

Geschlecht: ☐ weiblich

☐ männlich

Nationalität

Muttersprache: ☐ deutsch

☐ andere

I. Anamnese von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen

Entwicklung allgemein:

Freies Gehen bis zum 18. Monat ☐ ja ☐ später, wann?

Erste Worte bis zum 14. Monat ☐ ja ☐ später, wann?

Ist ihr Kind Tag und Nacht sauber? ☐ ja ☐ nein

Gibt es Besonderheiten im Sozialverhalten Ihres Kindes? ☐ nein ☐ ja

Besondere Erkrankungen Allergien ☐ nein ☐ ja, welche?

Asthma ☐ nein ☐ ja Heuschnupfen ☐ nein ☐ ja

Epilepsie (Krampfanfälle) ☐ nein ☐ ja Herzfehler ☐ nein ☐ ja

Neurodermitis ☐ nein ☐ ja Zuckerkrankheit ☐ nein ☐ ja

Sonstiges

Operationen/schwere Unfälle ☐ nein ☐ ja

benützte Behelfe: ☐ Brille ☐ Hörhilfe ☐ Schiene ☐ Rollstuhl

☐ sonstige Behelfe:

Hat/hatte ihr Kind folgende Therapien: ☐ Ergotherapie

☐ Logopädie

☐ Physiotherapie

☐ sonstige

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente:

☐ nein

☐ ja, welche?

Impfungen: *Mehrfachimpfung* (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, HIB, Hepatitis B) ☐ ja ☐ nein

MMR (Masern, Mumps, Röteln) ☐ ja ☐ nein *FSME* ☐ ja ☐ nein

Pneumokokken ☐ ja ☐ nein *Rotavirus* ☐ ja ☐ nein

sonstige Impfungen

Datum:

Unterschrift:

Kindergarten-Vorsorgeprogramm des Landes Tirol

Liebe Eltern! Liebe Erziehungsberechtigte!

Ihr Kind besucht nun einen Kindergarten. Im Rahmen des „Kindergarten-Vorsorgeprogramms des Landes Tirol“ wird Ihnen die Gelegenheit geboten, Ihr Kind untersuchen zu lassen. Diese Untersuchungen umfassen:

- ➔ eine **jährliche Reihenuntersuchung** durch eine Ärztin/einen Arzt für Allgemeinmedizin oder für Kinderheilkunde
- ➔ eine **einmalig** durchgeführte **augenärztliche Untersuchung** durch eine Augenfachärztin/einen Augenfacharzt (Hauptzielgruppe 4 - Jährige, aber je früher desto besser)
- ➔ eine **einmalig** durchgeführte **Hörprüfung** (Hauptzielgruppe 4/5 - Jährige) und
- ➔ eine **einmalige Überprüfung der Sprachentwicklung** (Hauptzielgruppe 4/5 - Jährige) durch eine Logopädin, wobei Hör- und Sprachtest gemeinsam angeboten werden.

Alle Untersuchungen sind freiwillig und k o s t e n l o s.
Bitte nützen Sie die Möglichkeit der Untersuchungen zum Wohle Ihres Kindes!

Das Ziel ist, gegebenenfalls Schwächen oder Beeinträchtigungen Ihres Kindes möglichst frühzeitig zu erkennen und, wenn nötig, einer entsprechenden Abklärung, Förderung oder Behandlung zuzuführen, um möglichen späteren Problemen, z.B. in der Schule, vorzubeugen und Ihrem Kind eine optimale Grundlage für die Zukunft zu sichern. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass bei Reihenuntersuchungen keine vollständige Abklärung erfolgen kann und die individuelle Betreuung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt oder Ihre Kinderärztin/Ihren Kinderarzt nicht ersetzt werden soll. Es werden im Rahmen dieser Untersuchungen keinerlei ärztliche Behandlungsmaßnahmen gesetzt. Am Ende der Kindergartenzeit Ihres Kindes wird Ihnen das Gesundheitsblatt mit allen erhobenen Befunden zur weiteren Verwendung und Weitergabe an die Volksschule ausgefolgt. Bei einem Kindergartenwechsel bitte das Gesundheitsblatt im neuen Kindergarten wieder abgeben.

Ihre schriftliche Einwilligung vorausgesetzt, benötigen wir Ihre weitere Mithilfe, um Ihr Kind möglichst gut beurteilen zu können. Bitte

- ➔ füllen Sie den ersten Teil des **Gesundheitsblattes** sorgfältig aus. Wie viel Sie ausfüllen wollen bleibt Ihnen überlassen, aber bedenken Sie, da Ihre persönliche Anwesenheit bei der Untersuchung nicht erforderlich ist, dass vollständige Angaben eine wesentliche Erleichterung und Verbesserung bei der Beurteilung des Kindes und bei ev. Förderungs- oder Therapievorschlügen darstellen.
- ➔ geben Sie Ihrem Kind zur Untersuchung den **Impfausweis** oder dessen Kopie mit.
- ➔ Über eventuelle Auffälligkeiten erhalten Sie eine **schriftliche Mitteilung**. Gehen Sie anschließend zur entsprechenden Ärztin/zum entsprechenden Arzt und geben Sie dann die bestätigte Mitteilung als **wichtige Rückmeldung verlässlich** wieder im Kindergarten ab.

Selbstverständlich werden alle Informationen und Befunde äußerst diskret behandelt.

Die KindergartenpädagogInnen, die auch der Schweigepflicht unterliegen, übernehmen dankenswerter Weise die sorgfältige Verwaltung der Gesundheitsblätter und Elternmitteilungen. Es erfolgt keine Datenübermittlung an Dritte. Weitere Informationen finden Sie auf der Einwilligungserklärung für die jeweiligen Untersuchungen. Sollten Sie Wünsche, Anregungen oder Beschwerden haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Kindergartenleitung oder direkt an die Landessanitätsdirektion.

Vielen Dank für eine gedeihliche Zusammenarbeit im Namen des untersuchenden Teams.

Mit freundlichen Grüßen
für die Landesregierung

Dr. Franz Katzgraber
Landessanitätsdirektor

Dr. Ines Bürgler
Abt. Gesellschaft u. Arbeit

Dr. Claudia Mark
Ärztl. Koordinatorin