

## Ärztliche Bescheinigung für Nahrungsmittel-Allergien und -Unverträglichkeiten zur Vorlage in Kindertagesstätten

Von der Kita auszufüllen:

Einrichtung: Die kleinen Strolche / Kind Aktiv e.V. Gruppe: \_\_\_\_\_

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen:

**Nahrungsmittel-Allergien** angekreuzte(s) Lebensmittel **strikt** meiden

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Milch                                       | <input type="checkbox"/> Weizen (Dinkel, Grünkern, Einkorn, Emmer, Khorasan-Weizen) |
| <input type="checkbox"/> Ei  | <input type="checkbox"/> Soja   |
| <input type="checkbox"/> Erdnuss                                     | <input type="checkbox"/> Fisch insgesamt  |
| <input type="checkbox"/> Schalenfrüchte, ggf. im Einzelnen ankreuzen | <input type="checkbox"/> Nur folgender Fisch: _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Haselnuss                                   | <input type="checkbox"/> Weichtiere (z. B. Tintenfisch, Muscheln, Schnecken)        |
| <input type="checkbox"/> Mandel                                      | <input type="checkbox"/> Krebstiere (z. B. Shrimps, Krabben, Krebse)                |
| <input type="checkbox"/> Pistazie                                    | <input type="checkbox"/> Sesam  |
| <input type="checkbox"/> Cashewnuss                                  | <input type="checkbox"/> Lupine   |
| <input type="checkbox"/> Walnuss                                     | <input type="checkbox"/> Senf   |
| <input type="checkbox"/> Pekannuss                                   | <input type="checkbox"/> Sellerie   |
| <input type="checkbox"/> Paranuss                                    | <input type="checkbox"/> Sonstige: (bitte eintragen, z. B. Erbsen, Linsen, Roggen)  |
| <input type="checkbox"/> Macadamianuss                               | _____   |

### Erhöhtes Anaphylaxie-Risiko

Notfall-Set inklusive Adrenalin-Autoinjektor und Therapieanweisung muss in der Kita vorliegen:

Ja  Nein

Wenn JA wird eine Anaphylaxieschulung in der Kita empfohlen.

Von der Kita auszufüllen:

Anaphylaxieschulung in der Kita ist bereits erfolgt:  Ja, am \_\_\_\_\_  Nein

### Zöliakie

angekreuzte Lebensmittel **strikt** meiden

Glutenhaltiges Getreide  
(z. B. Weizen, Roggen, Dinkel, Gerste)

### Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten

angekreuzte(s) Lebensmittel **meiden**

Milchzucker (Laktose)  
 Fruchtzucker (Fruktose)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

### Weitere Bemerkungen

Die diätetischen Vorgaben gelten für 1 Jahr nach Ausstellung bzw. bis zum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_