

Fragebogen zur Vorsorge-Untersuchung U6

Name _____

Geburtsdatum _____

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Vorsorgeuntersuchung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht.

Wenn ich mein Kind hinsetze, kann es allein sitzen	☐ ja	☐ nein
Mein Kind sitzt sicher und frei,	☐ ja	☐ nein
ohne fremde Unterstützung und ohne sich mit den Händen abzustützen,	☐ ja	☐ nein
dabei kann es angebotene Gegenstände annehmen, ohne umzufallen	☐ ja	☐ nein
Mein Kind kann sich auf allen Vieren fortbewegen (krabbeln oder rutschen)	☐ ja	☐ nein
Mein Kind zieht sich zum Stehen hoch und steht mit Festhalten an Wand und Möbeln	☐ ja	☐ nein
Mein Kind sagt häufig verständliche oder unverständliche Silben	☐ ja	☐ nein
Mein Kind bildet Doppelsilben wie baba, mama, gaga	☐ ja	☐ nein
Mein Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden	☐ ja	☐ nein
Mein Kind untersucht kleinere Gegenstände mit den Händen,	☐ ja	☐ nein
es schaut diese dabei konzentriert an	☐ ja	☐ nein
Mein Kind ergreift und hält kleinere Gegenstände zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger	☐ ja	☐ nein
Mein Kind findet Spielzeug, das vor seinen Augen unter einem Tuch versteckt wurde	☐ ja	☐ nein
Mein Kind winkt zum Abschied	☐ ja	☐ nein
Mein Kind freut sich über andere Kinder	☐ ja	☐ nein

Summe „ja“ _____

Ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Datum: _____

Sind seit der letzten Untersuchung bei Ihrem Kind schwerwiegende Erkrankungen, ☐ ja ☐ nein
 Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen, Operationen
 oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten?

Wenn ja, welche?

Mein Baby...	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fachkundige Beratung
... ist ständig unruhig und unzufrieden.					
... schreit heftig, sobald ihm etwas passiert ist.					
... setzt mich mit seinem Schreien unter Druck.					
... wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lange (> 30 Minuten).					
... ist ständig müde, überreizt, unausgeschlafen.					
... wacht nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen.					
... fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung.					
Familiäre Situation					
In meiner Familie gibt es niemand, der mich wenigstens stundenweise entlastet.					
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen.					
Die Nerven liegen blank.					
Mein Baby ist mir im Wesen fremd.					
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen.					
Das Problem belastet die Partnerschaft.					

Ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____ Datum: _____

Vereinbarung über die Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)
[nach § 18 Abs. 8 Nr 2 des Bundes-Mantel-Vertrages für Ärzte (BMV-Ä)]

**Vereinbarung über die objektive Refraktionsbestimmung ("Amblyopiescreening")
mittels
Vision Screener plusoptiX S12C**

Name des Patienten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Ich/wir wünsche/n, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt die folgende Leistung auf privatärztlicher Basis für mein Kind in Anspruch zu nehmen. Diese werden auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie im Folgenden aufgeführt berechnet.

Bezeichnung der Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Einzelbetrag (€)
Objektive Refraktionsbestimmung (mit Vision Screener plusoptiX S12C)	A 1259	1,75	24,68
Gesamtkosten (inklusive Sachleistungen)			24,68

Mir/uns ist bekannt, dass die Leistungen in diesem Fall nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören und daher die Kosten von meiner Krankenkasse nicht (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können. Der oben genannte Betrag ist somit von mir/uns selbst zu tragen.

Diese Vereinbarung schließe/n ich/wir auf eigenen Wunsch nach umfassender und verständlicher Aufklärung über Art und Umfang der Leistung, ihren Nutzen und eventuelle Risiken sowie ggf. erforderlichen Folgeleistungen.

Mir/uns wurde ausreichend Zeit vor Zustimmung und Inanspruchnahme gegeben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter