

## U6

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Untersuchung bitte ich Sie, den Fragebogen auszufüllen, damit ich die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen kann.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

| Was isst/trinkt Ihr Kind?<br>(Breiart, Familienkost, Brot, Fleisch, Fisch, Obst, Gemüse, Gebäck, Milchprodukte, Wasser, Tee, Saft...) |            |         |             |        |      |
|---|------------|---------|-------------|--------|------|
| Milchmenge/Tag: ca.   |            |         |             |        |      |
| morgens   | vormittags | mittags | nachmittags | abends |      |
|   |            |         |             |        |      |
|   |            |         |             | ja     | nein |
| Ihr Kind krabbelt sicher  |            |         |             |        |      |
| Wenn nein, gibt es eine andere Fortbewegungsart?<br>Welche?   |            |         |             |        |      |
| Ihr Kind setzt sich selbständig hin   |            |         |             |        |      |
| Ihr Kind zieht sich an Möbeln zum Stehen hoch   |            |         |             |        |      |
| Ihr Kind läuft mit Unterstützung<br><br>ohne Unterstützung  |            |         |             |        |      |
| Es kann mit Daumen und Zeigefinger Krümel o.ä. zum Mund führen (Pinzettengriff)   |            |         |             |        |      |
| Es findet verstecktes Spielzeug   |            |         |             |        |      |
| Es räumt Gegenstände aus  |            |         |             |        |      |

|  | ja | nein |
|--|----|------|
| Es klatscht in die Hände und/oder winkt  |    |      |
| Es trinkt aus der Tasse  |    |      |
| Es beißt ab, kaut und schluckt feste Nahrung   |    |      |
| Es verwendet sprachähnliche Laute mit Silbenverdopplung („baba“, „gaga“, „dada“)     |    |      |
| Es reagiert auf leise Ansprache oder Musik   |    |      |
| Es macht Wünsche deutlich (ohne Schreien)  |    |      |
| Es reagiert auf Verbote durch Unterbrechen seiner Tätigkeit                          |    |      |
| Es rollt/wirft einen Ball zu Ihnen und erwartet, dass Sie ihn zurückrollen/werfen    |    |      |
| Es kann bei alltäglichen Ärgernissen meist innerhalb weniger Minuten beruhigt werden |    |      |
| Es hat _____ Zähne   |    |      |
| Zähne werden regelmäßig geputzt  |    |      |
| Es bekommt Vitamin D (Dekristol, Vigantoletten...)                                   |    |      |
| Es geht in eine Kita/zur Tagesmutter<br>Welche:                                      |    |      |
| Besondere Familiensituation<br>Alleinerziehend<br>Familienbetreuung:<br>Andere:      |    |      |
| Ein Amblyopiescreening (Augenvorsorge) ist bereits erfolgt                           |    |      |
| Haben Sie ansonsten Fragen, die Sie ansprechen möchten?                              |    |      |
| Fragebogen ausgefüllt von<br>Mutter<br>Vater<br>Andere:                              |    |      |

**Das Amblyopiescreening** dient zur frühzeitigen Erkennung von Sehstörungen. Werden Sehstörungen nicht in den ersten Lebensjahren erkannt und behandelt, können diese zu einer dauerhaften Sehschwäche führen. Diese Sehschwäche, auch Amblyopie genannt, kann weder mit einer Brille noch anderen Sehhilfen ausgeglichen werden.

Die erste Augenvorsorge sollte so früh wie möglich erfolgen; empfohlen sind 2 Untersuchungen im Zeitraum zwischen der U5 und der U7.

Wir führen diese Untersuchung hier in unserer Praxis durch. Die Kosten richten sich nach der GOÄ und betragen je Untersuchung **20,00 €**.

Einige Krankenkassen übernehmen die Kosten für diese Untersuchung bereits. Sprechen Sie uns an; wir werden Sie gern beraten.

Ich möchte für mein Kind \_\_\_\_\_

diese Untersuchung durchführen lassen

Ja

nein

Mir ist bekannt, dass ich das Amblyopiescreening privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse weder Anspruch auf Kostenerstattung noch Kostenbeteiligung habe.

Ich willige ausdrücklich ein, dass meine Daten an die Abrechnungsorganisation ALG in Datteln übermittelt werden. Diese darf meine Daten nur zum Zwecke der Abrechnung verwenden und nicht an Dritte weitergeben. Die Daten werden von der ALG nach der Abrechnung unverzüglich gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift