

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U6

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Kann Ihr 1jähriges Kind ...		
JA	... sich selbst in den Stand hochziehen (z.B. an einem Stuhl oder Laufstall) und einige Sekunden lang stehen bleiben?	Nein
JA	... einige Schritte an Möbeln entlang laufen (z.B. seitlich indem es sich mit zwei Händen festhält)?	Nein
JA	... eine Stufe hochkrabbeln?	Nein
JA	... sich einen Armreif vom Arm ziehen?	Nein
JA	... einen Knopf (oder anderen kleinen Gegenstand) mit gebeugtem Daumen und Zeigefinger aufheben?	Nein
JA	... flüchtige Punkte und Striche auf Papier zeichnen, ohne dass die Hand geführt wird?	Nein
JA	... ein Spielzeug an einer Schnur hinter sich herziehen?	Nein
JA	... einen Deckel auf eine Dose legen?	Nein
JA	... von 2 Baubechern den kleineren in den größeren stecken?	Nein
JA	... mit dem Finger auf etwas zeigen (z.B. auf ein Spielzeug was es haben möchte)?	Nein
JA	... Geräusche nachahmen (Schnalzlaute, Lippenvibrieren)?	Nein
JA	... einfache Doppelsilben sprechen, ohne Bedeutung: „Ma-ma“, „Pa-pa“, „Da-da“ usw.?	Nein
JA	... Doppel- oder Einzelsilben mit Bedeutung sprechen, z.B. „Ham-ham“ für Essen, „br“ für Auto?	Nein
JA	... Wünsche durch bestimmte Laute äußern?	Nein
JA	... Gebraucht Ihr Kind „Mama“ oder „Papa“ für Personen?	Nein
JA	... 2 sinnvolle Worte sprechen?	Nein
JA	Reagiert Ihr Kind auf Verbote „nein, nein“ bzw. Lob?	Nein
JA	... Aufforderungen durch Protest ablehnen (z.B. Protestschrei oder Wutausbruch)?	Nein
JA	Liebkost Ihr Kind eine Puppe oder ein Stofftier?	Nein
JA	Spielt Ihr Kind mit jemand anderem Ball, indem es den Ball zurollt?	Nein
JA	... sich eine Mütze vom Kopf ziehen?	Nein
JA	.. sich alleine Brotstücke oder Keks nehmen und sie aufessen?	Nein
JA	... ohne zu kleckern aus einem Becher trinken, wenn der gehalten wird?	Nein
JA	Versucht Ihr Kind beim Anziehen durch eigene Bewegungen zu helfen?	Nein

JA	Zieht Ihr Kind sich die geöffneten Schuhe selbst aus?	Nein
JA	... kann sich alleine Hinsetzen und ohne Unterstützung sitzen?	Nein
JA	... robben bzw. krabbeln?	Nein
JA	... Spielzeug von der einen Hand in die andere wechseln?	Nein
JA	... kleinste Dinge (z.B. Brotstücke) aufheben?	Nein
JA	... Papier und Zeitung zerreißen?	Nein
JA	... beim Trinken aus dem Becher helfen?	Nein
JA	... sich gut allein beschäftigen ohne Anwesenheit der Mutter?	Nein
JA	Benimmt Ihr Kind sich bei bekannten und fremden Personen	Nein
JA	Zeigt Ihr Kind Interesse am Spielzeug und befühlt und betrachtet es Einzelheiten des Spielzeuges?	Nein
JA	Schaut Ihr Kind Sie an und beobachtet es was Sie machen?	Nein
Nein	Ist es ständig unruhig und unzufrieden?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Schreit es heftig, sobald ihm etwas nicht passt?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Es setzt mich häufig mit seinem Schreien unter Druck.	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Wehrt es sich häufig gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30 Min.) zum Einschlafen?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Ist es ständig müde, überreizt, unausgeschlafen?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Wacht es häufig nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Fordert es ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Kann es sich nicht allein beschäftigen, hat keine Lust zu spielen, Spielzeuge sind rasch langweilig?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Schreit und kämpft es häufig beim Anziehen und Wickeln?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Ist es häufig auffallend ernst, lächelt nur die anderen an?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Vermeidet es Blickkontakt?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45. Min)	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Trinkt/Isst es häufig nur mit Druck?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Isst es nur mit Ablenkung?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	Reagiert es häufig extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug?	JA <input type="checkbox"/>

Nein	Es schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe.	JA <input type="checkbox"/>
JA	Wurde bei Ihrem Kind das Hörscreening OAE nach der Geburt durchgeführt?	Nein
JA	Hört Ihr Kind (reagiert es auf leise Geräusche und guckt in Richtung der Geräuschquelle)?	Nein
Nein	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Essen, Schlucken oder Trinken bzw. häufiges Erbrechen? Wenn "Ja":	JA
JA	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol) bzw. Fluorkariesprophylaxe (Zymafluor, Fluoretten, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn "Ja", welche:	Nein
Nein	Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen oder hat es abnorme Stühle; gehäuft Infektionen, auffällige Verhaltensweisen, weint und schreit viel und lange? Wenn "Ja":	JA

Wie wird Ihr Kind zurzeit ernährt?

Hörscreening U6

JA	Hört Ihr Kind, reagiert es auf leise Geräusche und guckt in Richtung der Geräuschquelle?	Nein
JA	Reagiert Ihr Kind auf tiefe Laute, z.B. Autobrummen, hohe Geräusche, z.B. Vogel zwitschern?	Nein
JA	Versteht Ihr Kind ausgesprochene Verbote (z.B. „Nein!“, „Halt“ usw.)?	Nein
JA	Folgt Ihr Kind einer Aufforderung, etwas zu tun?	Nein
JA	Reagiert Ihr Kind auf Musik, indem es die Schallquelle sucht?	Nein
JA	Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es aus ca. 1m Entfernung flüsternd ansprechen	Nein
JA	Spricht Ihr Kind verständlich 2 oder mehr Worte?	Nein
JA	Hält Ihr Kind Plappermonologe als Ausdruck der Zufriedenheit ab, wenn es sich alleine im Raum befindet?	Nein

familiäre Situation

	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fachkundige Beratung
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen					

In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet					
Die Nerven liegen blank					
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen					
Mein Baby ist mir im Wesen fremd					
Ich plage mich mit Ängsten, mein Kind sei hyperaktiv					
Die Probleme belasten die Partnerschaft					



Sehen will gelernt sein!

Die Augen sind das wichtigste Sinnesorgan des Menschen, denn 80% aller Informationen nehmen wir über unsere Augen auf. Interessant ist, dass Neugeborene das Sehen genauso erlernen müssen wie Laufen und Sprechen. Die Fortschritte bei den ersten Gehversuchen oder dem Artikulieren der ersten Worte erleben die Eltern täglich mit. Wie und was Ihr Kind sieht, bleibt Ihnen dagegen verborgen.

Zwei gesunde Augen sind für das Wohlergehen Ihres Kindes von zentraler Bedeutung, denn eine eingeschränkte Sehkraft beeinträchtigt die schulischen Leistungen, erhöht die Unfallgefahr im Straßenverkehr und schränkt die Berufswahl ein.



Wie lernen Kinder sehen?

Das Sehen besteht aus zwei Vorgängen, der Bildaufnahme durch die Augen und der Bildverarbeitung im Gehirn. Das Zusammenspiel von Augen und Gehirn müssen Neugeborene und Kinder üben, damit sich der Sehmery, bzw. die zum Sehen erforderlichen neuronalen Verknüpfungen zwischen Augen, Sehnerven und Augenmotorik ausbilden können. Dabei sind die ersten Jahre für die Entwicklung eines gesunden beidäugigen Sehens die wichtigsten. Treten in dieser Zeit Sehstörungen auf, so verläuft dieser Lernprozess unwiederbringlich fehlerhaft. Augen und Gehirn werden nicht richtig trainiert und im schlimmsten Fall droht eine bleibende Sehminderung bzw. eine einseitige Erblindung.



Was bezahlt die Krankenkasse?

Wird bei der Augenvorsorge ein auffälliges Ergebnis festgestellt, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen alle Kosten, die bei der weiteren Untersuchung und Behandlung entstehen. Um Kosten im Gesundheitswesen einzusparen, ist die Augenvorsorge selbst von dieser Regelung leider ausgenommen.

Der Berufsverband der Augenärzte (BVA) sowie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) setzen sich dafür ein, dass in Zukunft auch die Augenvorsorge von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden.

Für weitere Informationen:

www.augeninfo.de
unter: Patienten und Besucher
www.kinderaerzteinnetz.de
unter: Kinder - Schielen
unter: Suchbegriff „Sehstörung“
Kostenübernahme
nicht durch alle Krankenkassen
Kosten 20 Euro

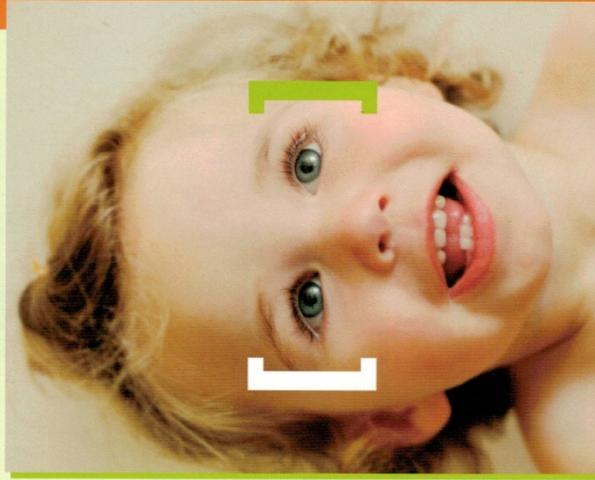
Diese Elterninformation wurde Ihnen überreicht von:

Dr. med. K. Amm
Dr. med. C. Hildebrand-Hartmann (a)
Fachärztinnen für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
04178 Leipzig, Pestalozzistraße
Telefon: 0341/44 68 30
KV-Nr.: 96/23007

Stand: Dezember 2006

Augenvorsorge für Kinder

Elterninformation



Empfohlen vom
Berufsverband der Augenärzte
und dem
Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte



? Wozu dient die Augenvorsorge?

Die Augenvorsorge dient der frühzeitigen Erkennung von Sehstörungen. Je früher eine Sehstörung erkannt und behandelt wird, desto größer sind die Behandlungserfolge.

? Hat mein Kind eine Sehstörung?

Diese Frage kann die Augenvorsorge beantworten. Im Durchschnitt hat fast jedes fünfte Kind im Alter von 4 Jahren eine unerkannte Sehstörung. Dieser hohe Anteil ist nicht erstaunlich, denn im Gegensatz zu Krankheiten gibt es bei Sehstörungen keine äußeren, mit bloßem Auge erkennbaren Symptome.

? Bemerkt mein Kind seine Sehstörung?

Die betroffenen Kinder bemerken die eigene Sehstörung nicht selbst, denn sie sind es gewohnt, die Welt mit ihren Augen zu sehen und haben keine Vergleichsmöglichkeit.



? Wann wird eine Augenvorsorge empfohlen?

Grundsätzlich sollten alle Kinder, die nicht bereits in augenärztlicher Behandlung sind, regelmäßig an einer Augenvorsorge teilnehmen.

Die erste Augenvorsorge sollte so früh wie möglich erfolgen, am besten noch vor dem ersten Geburtstag. Danach muss sie regelmäßig wiederholt werden, da sich die Augen mit dem Wachstum verändern und dabei Sehstörungen neu auftreten können.

? Was kann ich tun?

Sprechen Sie Ihren Arzt beim nächsten Termin an. Er wird Sie individuell beraten und falls Sie es wünschen eine Augenvorsorge durchführen.

Erklärung

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Ich, _____

wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen für
mein Kind _____

Früherkennungsuntersuchung vom Amblyopie und Sehschwäche

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung der Leistung	Einfachsat z	Faktor	Betrag in €
1259	Pupillographie	14,11	1,418	20,00
Gesamt				20,00

Ich bestätige, dass ich über folgende Punkte ausreichend aufgeklärt wurde und habe keine weiteren Fragen.

- Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und kann nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Ich habe gegenüber der Krankenkasse auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise.
- Mir ist bekannt, dass ich für die beanspruchten ärztlichen Leistungen eine Privatrechnung auf der Grundlage der GOÄ erhalten. Für diese Rechnung bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig.

Mir ist bekannt, dass die Kinderarztpraxis Woischnik & Schering die Erstellung der Privatliquidation auf die PVS Sachsen übertragen hat. Die PVS Sachsen ist eine berufsständige Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen wie jeder Arzt oder Zahnarzt den Bestimmungen zum Datenschutz. Die Kinderarztpraxis Woischnik & Schering tritt die Honoraranforderung an die PVS ab (§39 8BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei.

Durch meine Unterschrift erkläre ich die Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbringer – sowie stimme der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zu. Die PVS ist mein Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen der Praxis. Die PVS unterliegt internen Weisungen der Praxis.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Ich habe das Recht, mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Leipzig, _____

.....
Unterschrift des Versicherten