

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U9

Name, Vorname: _____

Datum: _____

Kann Ihr 5jähriges Kind ...		
Grob- und feinmotorische Fähigkeiten		
JA	... Radfahren?	Nein
JA	... seit > ½ Jahre ohne Stützräder	Nein
JA	... seit kurzem ohne Stützräder	Nein
Nein	... mit Stützrädern	JA
JA	... einen Ball aus 3-4 m Entfernung fangen?	Nein
JA	... sehr geschickt	Nein
JA	... gut	Nein
Nein	... nur mit Mühe	JA
JA	... rennen?	Nein
JA	... sehr rasch, flüssig	Nein
JA	... rasch	Nein
Nein	... langsam	JA
JA	... Knöpfe aufknöpfen?	Nein
JA	... seit >1 Jahr	Nein
JA	... seit kurzem selbst	Nein
Nein	... mit Hilfe	JA
Denk- und Sprachfähigkeiten		
JA	... eine erkennbare menschliche Figur zeichnen?	Nein
JA	... Kopf, Rumpf, Arme und Beine	Nein
JA	... zusätzl. Einzelheiten z.B. Finger, Ohren, Haare	Nein
Nein	... Kopffüßle, Kopf mit Beinen	JA
JA	... Zeitbegriffe verstehen und benutzen?	Nein
JA	... Wochen/Monate	Nein
JA	... gestern, heute, morgen	Nein
JA	... morgens, mittags, abends	Nein
JA	... von Geschichten und Erlebnisse erzählen?	Nein
JA	... in zeitlich richtiger Reihenfolge	Nein

<i>JA</i>	<i>... mehrheitlich zusammenhängend</i>	<i>Nein</i>
<i>Nein</i>	<i>... bruchstückweise</i>	<i>JA</i>
<i>JA</i>	<i>... sich verständlich für Fremde ausdrücken?</i>	<i>Nein</i>
<i>JA</i>	<i>... alles verständlich</i>	<i>Nein</i>
<i>JA</i>	<i>... mehrheitlich verständlich</i>	<i>Nein</i>
<i>Nein</i>	<i>... viele Fehler</i>	<i>JA</i>
<i>JA</i>	<i>... sich im Alltag in einem verständlichen Satzbau ausdrücken?</i>	<i>Nein</i>
<i>JA</i>	<i>... richtig</i>	<i>Nein</i>
<i>JA</i>	<i>... selten Fehler</i>	<i>Nein</i>
<i>Nein</i>	<i>... viele Fehler</i>	<i>JA</i>

Soziale Kompetenz		
JA	... sich für einige Stunden von Bezugspersonen trennen?	Nein
JA	... sicher möglich bei bekannten Personen	Nein
JA	... meist möglich, aber noch Schwierigkeiten die Trennung auszuhalten	Nein
Nein	... nur für kurze Zeit möglich	JA
JA	... Spielregeln altersgemäßer Spiele (z.B. Brettspiele, Domino, u.a.) verstehen?	Nein
JA	... hält sich an Spielregeln, kann auch verlieren	Nein
JA	... gelegentliche Probleme mit Spielregeln oder kann kein Verlierer zu sein	Nein
Nein	... hält sich für kurze Zeit an Spielregeln, bricht viele Spiele von sich aus ab	JA
JA	... von anderen Kindern in kleinen Spielgruppen (bis zu 6 Personen)	Nein
JA	... wird voll angenommen	Nein
JA	... meist, aber gelegentlich Vorbehalte	Nein
Nein	... nur ab und zu kurzfristig, wenig an Freundschaften interessiert	JA
JA	... über längere Zeit Freundschaften halten?	Nein
JA	... feste Freundschaften, wird eingeladen, lädt selbst ein (z.B. Geburtstage)	Nein
JA	... möchte gerne, verliert aber immer wieder scheinbar feste Freundschaften	Nein
Nein	... nur ab und zu kurzfristig, wenig an Freundschaften interessiert	JA
JA	... sich an Rollenspiele mit anderen Kindern beteiligen?	Nein
JA	... übernimmt verschiedene Rollen sicher je nach Spielsituation	Nein
JA	... nur bestimmte Rolle oder lässt sich unangemessener Rolle zuweisen	Nein
Nein	... beteiligt sich nur ungern und mit bestimmter Rolle	JA
JA	... Signale verstehen, die Gefühle ausdrücken (Mimik, Gestik, Redewendungen, Tadel,	Nein
JA	... versteht und handelt angemessen (Trösten, Teilen, Kommentare, Mitfreuen)	Nein
JA	... versteht sie, kann aber nicht immer angemessen reagieren	Nein
Nein	... hat erhebliche Schwierigkeiten, Signale zu bemerken und angemessen zu	JA
JA	... selbst anziehen?	Nein
JA	... selbstständig	Nein
JA	... mehrheitlich selbst	Nein
Nein	... braucht immer etwas Hilfe	JA
JA	... trocken und sauber bleiben, benutzt die Toilette?	Nein

<i>JA</i>	<i>... selbstständig</i>	<i>Nein</i>
<i>JA</i>	<i>... ist trocken und sauber, wenn zum Toilettengang aufgefordert wird</i>	<i>Nein</i>
<i>Nein</i>	<i>... ist noch nicht zuverlässig trocken und sauber</i>	<i>JA</i>

Informationen zum Hörtest bei der Vorsorgeuntersuchung U9

In der Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (**Kinder-Richtlinie**) vom 1. September 2016 ist ein Hörtest nur noch bei der Vorsorgeuntersuchung U8 vorgesehen. Kontrolluntersuchungen werden nur von den Krankenkassen übernommen, wenn die vorherige Untersuchung auffällig gewesen ist.

Aus unserer Erfahrung ist eine Hörprüfung in diesem Alter sinnvoll. Daher empfehlen wir eine Untersuchung im Alter von 5 bis 6 Jahren (im Rahmen der U9). Diese zusätzliche Untersuchung kam nicht mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet werden und muss als kostenpflichtige „individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) in Rechnung gestellt werden. Sollten sich kontroll- oder abklärungsbedürftige Befunde zeigen, sind die daraus resultierenden Folgeuntersuchungen natürlich Leistungen Ihrer Krankenkasse.

Eine genaue Kostenaufstellung für dem Hörtest finden Sie auf der folgenden Seite.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Kinderarztpraxis
Woischnik & Schering

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung

Ich

Name/Vorname Rechnungsempfänger) _____

Anschrift _____

wünsche, durch die Kinderarztpraxis Woischnik & Schering die folgende Leistung auf
privatärztlicher Basis für mein

Kind _____ in Anspruch zu nehmen.

- Hörtest

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung der Leistung	Einfachsatz	Faktor	Betrag
1406	Kinderaudiometrie	10,61	1,037	11,00
Rechnungsbetrag in Euro				11,00

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

Ich wurde über folgendes aufgeklärt:

- 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 erklären 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.



Kinder
ARZTPRAXIS
WOISCHNIK & SCHERING

Leipzig, _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift des Arztes