

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U9

Name, Vorname: _____ Datum: _____

	Kann Ihr 5 jähriges Kind...	
JA	... Bälle fangen und gezielt werfen?	Nein
JA	... Radfahren?	Nein
JA	... Treppen rauf und runter im Wechselschritt, ohne Festhalten, laufen?	Nein
JA	... sich selbstständig anziehen?	Nein
JA	... Ereignisse und Geschichten in der richtigen zeitlichen und logischen Abfolge wiedergeben?	Nein
JA	... alle Laute bis auf s, sch richtig aussprechen?	Nein
JA	Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	Nein
JA	Stottert Ihr Kind?	Nein
JA	Wird Ihr Kind von der Umgebung verstanden?	Nein
JA	Ist das Hörvermögen Ihres Kindes unauffällig?	Nein
JA	... die Primärfarben (rot, blau, grün, gelb) erkennen und benennen?	Nein
JA	... mit anderen teilen?	Nein
JA	... mit anderen Kindern im Spiel abwechseln?	Nein
JA	... Spielregeln befolgen?	Nein
JA	Lädt Ihr Kind andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen?	Nein
JA	... intensiv Rollenspiele (wie Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Ritter, Pirat, Polizistin) auch mit anderen Kindern spielen?	Nein
JA	... mind. 5 Minuten konzentriert und ruhig spielen?	Nein
JA	... seine Emotionen meist selbst regulieren?	Nein
JA	Ist Ihr Kind gut in die Kitagruppe integriert?	Nein
JA	Besucht Ihr Kind eine Sportgruppe?	Nein
Nein	Schaut Ihr Kind länger als 30 Min Filme, spielt Handy-/Computerspiele?	JA
JA	Ist Ihr Kind tagsüber und nachts trocken?	Nein
Nein	Gab es schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infekte?	JA

Nein	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	JA
JA	Sind Sie und andere Bezugspersonen mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?	Nein

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 kann 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 den 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	2,36	25,00
Rechnungsbetrag in Euro				25,00

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 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 Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift des Arztes