



Liebe Eltern,

mit dem folgenden Fragebogen möchten wir Sie und Ihr Kind näher kennenlernen. Die Antworten auf die Fragen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich streng der ärztlichen Schweigepflicht. Sie haben das Recht, diese Daten zu einem späteren Zeitpunkt nochmals einzusehen, um diese ändern oder auch löschen zu lassen - sofern keine anderen rechtlichen Regelungen dem entgegenstehen.

Danke für Ihre Mitarbeit.

**Angaben zum Kind**

Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ In: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Ort, Bundesland: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei:  Beiden Eltern oder bei  \_\_\_\_\_

Gesetzlicher

Vertreter/Sorgerecht:  Beide Eltern  Mutter  Vater  anderer: \_\_\_\_\_

Über wen ist das Kind versichert: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Familie**

Mutter Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_

Berufstätig  ja  nein Wenn ja, als \_\_\_\_\_

ganztags  halbtags

Wichtige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Vater Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_

Berufstätig  ja  nein Wenn ja, als \_\_\_\_\_

ganztags  halbtags

Wichtige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sind die Eltern  verheiratet  zusammen lebend  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Erziehen sie Ihr(e) Kind(er)  zusammen  alleine als Mutter  alleine als Vater  als \_\_\_\_\_

**Angaben zu Geschwistern**

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Besondere Probleme oder Krankheiten: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Angaben zu Wohnverhältnissen**

Art des Hauses: \_\_\_\_\_ Stockwerk \_\_\_\_\_

Zahl der Zimmer: \_\_\_\_\_, inklusive  Bad  Küche Zahl der Kinderzimmer \_\_\_\_\_ Garten  Balkon Lage:  dörflich / ländlich  kleinstädtisch  großstädtisch**Angaben zu Schwangerschaft und Geburt**

Schwangerschaft

Gabe es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?  nein  ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburt

Gestationsalter \_\_\_\_\_ SSW Geburtsart \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g, Länge \_\_\_\_\_ cm, Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm

Hat Ihr Kind sofort geschrien?  nein  ja

APGAR-Werte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NapH-Wert \_\_\_\_\_

Hörtest ( TOAE  AABR) auffällig?  nein  jaNG-Stoffwechselscreening auffällig?  nein  ja Mukoviszidose-Screen.  nein  jaNG-Herzscreeing unauffällig?  nein  jaMusste Ihr Kind nach Geburt besonders betreut werden?  nein  jaMusste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?  nein  ja

Wenn ja, in welche? \_\_\_\_\_

Erste Lebenswochen

Mit welcher Nahrung wird / wurde Ihr Kind in den ersten 4 – 6 Lebensmonaten ernährt?

 Muttermilch  Pre-Nahrung  „1er“-Nahrung  HA-Nahrung sonstiges \_\_\_\_\_

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B.:

 Infektionen (Erreger: \_\_\_\_\_)  Krampfanfälle Ernährungsstörungen  Schlafstörungen vermehrtes Schreien  sonstige \_\_\_\_\_Ausgefüllt von  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift



## Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung

U3

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. Sollten sich darüber hinaus Veränderungen in der Betreuungssituation oder besondere Belastungen in Ihrer Familie ergeben, sprechen Sie uns diesbezüglich bitte während der Vorsorgeuntersuchung an. Gerne können wir Sie über entsprechende Hilfeangebote beraten. Diese Angaben sind selbstverständlich freiwillig und unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht. Sie haben das Recht der späteren Korrektur oder Löschung - sofern nicht andere rechtliche Regelungen dem entgegenstehen. Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Sind seit der letzten Untersuchung bei Ihrem Kind schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, welche:

Zeigen sich bei Ihrem Kind Schwierigkeiten beim Trinken / Stillen oder Schluckstörungen?  ja  nein

Zeigt sich bei Ihrem Kind ein auffälliges Schreien?  ja  nein

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Risiken für eine angeborene Fehlstellung der Hüfte (Hüftdysplasie), bzw. mussten Sie oder ein Familienangehöriger als Säugling eine "Spreizhose" tragen?  ja  nein

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Augenerkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche:

- Schielen (Strabismus).
- Sehschwäche / Schwachsichtigkeit (Amblyopie).
- Kindliche Trübungen der Augenlinse (Katarakt).
- erbliche Augenerkrankungen:
- sonstige:

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?  ja  nein

Wenn ja, welche:

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine Abwehrschwäche (Immundefekte)?  ja  nein

Wenn ja, welche:



Zusätzliche Fragen zur Feststellung der Hörfähigkeit:

Zeigt Ihr Kind ein verändertes Verhalten (z.B.: Schreien, Lächeln, ruckartiges Schließen und Öffnen der Augen), wenn plötzlich laute Geräusche auftreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reagiert Ihr Kind auf Zuspruch von Seiten der Eltern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lauscht Ihr Kind auf Fingerschnalzen und / oder Rascheln mit Seidenpapier im Abstand von ca. 20 cm zum Ohr?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sucht Ihr Kind mit Augenbewegungen nach der Herkunft vertrauter Geräusche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beginnt Ihr Kind gelegentlich zu lallen/lautieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

[aus: Feststellung der Hörfähigkeit - Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschland e.V.]

Elternfragebogen Zur Verhaltensregulation Ihres Kindes (nach Mechthild Papoušek)

	Nie	Gelegentlich	Oft	Dies macht mir Sorgen	Ich wünsche dafür fachkundliche Beratung
Mein Baby ...					
... schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund.					
... lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif, schmiegt sich nicht an.					
... ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf.					
... lässt sich keinen Moment ablegen.					
... verweigert die Brust / die Flasche.					
... ist extrem irritierbar.					
... ist extrem ablenkbar (z.B. beim Füttern).					
Familiäre Situation					
Mir bleibt kein Moment zum Duschen und Essen.					
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.					
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby.					
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen.					
Das Problem belastet die Partnerschaft.					
Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen.					
Das Schreien meines Babies ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut.					

Ausgefüllt von:  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_



Elternfragebogen Zur Verhaltensregulation Ihres Kindes (nach Mechthild Papoušek)

	Nie	Gelegentlich	Oft	Dies macht mir Sorgen	Ich wünsche dafür fachkundliche Beratung
Mein Baby ...					
... schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund.					
... lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif, schmiegt sich nicht an.					
... ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf.					
... lässt sich keinen Moment ablegen.					
... verweigert die Brust / die Flasche.					
... ist extrem irritierbar.					
... ist extrem ablenkbar (z.B. beim Füttern).					
Familiäre Situation					
Mir bleibt kein Moment zum Duschen und Essen.					
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.					
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby.					
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen.					
Das Problem belastet die Partnerschaft.					
Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen.					
Das Schreien meines Babies ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut.					



## Informationen zum "Sono-Check" Nieren und ableitende Harnwege

Zum 1. September 2016 ist die Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (**Kinder-Richtlinie**) in Kraft getreten. Diese regelt die Zeiträume und Inhalte der Ihnen bekannten "U"-Vorsorgen U1 (direkt nach der Geburt) bis U9 (60. bis 64. Lebensmonat).

In dieser Richtlinie sind Untersuchungen der Nieren und ableitenden Harnwege nicht vorgesehen, weder als Urinuntersuchung, indirekt als Blutdruckmessung oder als bildgebende Untersuchung durch Ultraschall.

Aus unserer Erfahrung heraus zeigen sich jedoch immer wieder Auffälligkeiten oder Erkrankungen der Nieren, zum Teil schon in den ersten Wochen nach der Geburt - auch nach einer unauffälligen Schwangerschaft. Dies können z.B. relevante Erweiterungen der ableitende Harnwege, Doppelnieren oder andere Formen einer fehlerhaften Nierenanlage sein.

Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen eine zusätzliche Untersuchung der Nieren mittels Ultraschall (Sonographie). Dadurch möchten wir frühzeitig auffällige Befund entdecken, um so einem gesundheitlichen Risiko für Ihr Kind entgegen wirken zu können.

Diese zusätzliche Untersuchung müssen wir Ihnen als kostenpflichtige individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anbieten. Wir können sie nicht Ihrer Krankenkasse in Rechnung stellen. Sollten sich kontroll- oder abklärungsbedürftige Befunde zeigen, sind die daraus resultierenden Folgeuntersuchungen selbstverständlich Leistungen Ihrer Krankenkasse.

Eine genaue Kostenaufstellung für unseren "Sono-Check" Nieren und ableitende Harnwege finden Sie auf den folgenden Seiten.

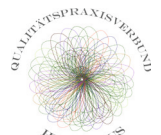
Für Rückfragen stehen wir Ihnen stets gerne zur Verfügung.

Für das gesamte Praxisteam

Künzell, Juli 2018

Dr. med. Benedikt J. Pircher

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Kindergastroenterologe





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

"Sono-Check" Niere und ableitende Harnwege

Name des Patienten Geburtsdatum
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort

Ich wünsche durch meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt die folgenden Leistungen auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen. Diese werden auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie im Folgenden aufgeführt berechnet.

Table with 5 columns: Leistung, GOÄ-Ziffer, Faktor, Einzelbetrag [€], Betrag [€] aller erforderlichen Folgeleistungen. Includes a note about further examinations and a row for 'Ultraschalluntersuchung der Nieren beidseits und ableitenden Harnwege'.

Mir 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.

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

Mir wurde ausreichend Zeit vor Zustimmung und Inanspruchnahme gegeben. Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum Unterschrift aufklärender Arzt

Quittung
Die o.g. Leistungen wurde vollständig erbracht am
Betrag [ ] dankend erhalten [ ] wird in Rechnung gestellt
Im Falle der Rechnungsstellung stimme ich der Übermittlung der erforderlichen Daten an die Abrechnungsstelle büdingenmed gemäß umseitiger Hinweise mit meiner Unterschrift widerruflich zu.
Handzeichen





## Informationen zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

nach § 18 Abs. 8 Nr 2 des Bundes-MantelVertrages für Ärzte (BMV-Ä)

Individuelle Gesundheitsleistungen, sogenannte IGeL, sind **ärztliche Leistungen**, die **auf Wunsch der Patienten gegen Selbstzahlung** erfolgen und **nicht im Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen (GKV)** beinhaltet sind. Diese Leistungen reichen über das gesetzlich definierte Maß einer ausreichenden und notwendigen Patientenversorgung hinaus.

### Die Entscheidung für oder gegen eine IGeL treffen Sie alleine!

**Wir beraten Sie gerne** ausführlich zu Nutzen, Methodenwahl, Wirksamkeit, eventuellen Risiken, Kosten sowie evtl. kostenträchtige Folgeuntersuchungen oder –leistungen.

**Informieren Sie sich rechtzeitig** vor der geplanten Inanspruchnahme, damit Sie sich **ausreichend Zeit für Ihre Entscheidung nehmen** können.

Ein Teil der gesetzlichen Krankenkassen stellt ihren Mitgliedern mittlerweile Kosten(teil)erstattungen für bestimmte zusätzliche Leistungen in Aussicht. Erkundigen Sie sich daher bitte im Zweifel bei Ihrer Krankenkasse. Wir weisen Sie jedoch ausdrücklich darauf hin, dass sie bei einer IGeL keinen Anspruch auf eine Kostenerstattung haben. Abweichende Einzelfallentscheidungen liegen alleine im Ermessen Ihrer zuständigen Krankenkasse. Im Falle einer Zusage zur Kosten(teil)übernahme empfehlen wir Ihnen, sich den Umfang einer eventuellen Erstattung schriftlich bestätigen zu lassen.

Möchten Sie nach ausreichender Bedenkzeit eine individuelle Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen, dann geben Sie bitte den **rückseitig aufgeführten Behandlungsvertrag** vor der Inanspruchnahme unterschrieben ab. Dieser beinhaltet eine Auflistung aller medizinischen Einzelleistungen, die voraussichtlichen Gesamtkosten entsprechend der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), evtl. Sachkosten, Erklärung über Ihre Zustimmung zur IGeL und den Hinweis auf die private Honorierung mangels der Leistungspflicht der GKV. Eine Kopie des unterschriebenen Vertrages werden wir Ihnen für Ihre Unterlagen aushändigen.

Nach erfolgter Leistung erhalten Sie eine Rechnung über unsere ärztlichen Leistungen, die Sie unabhängig von eventuellen Kosten(teil)erstattungen Ihrer Krankenkasse (s.o.) in voller Höhe begleichen müssen. Die Kosten für ggf. erforderliche Sachkosten fallen separat an (z.B. Impfstoffe, die wir Ihnen auf Privatrezept verordnen und in einer Apotheke eingereicht und bezahlt werden müssen).

**Weitere Informationen** zu IGeL finden Sie auch im Internet, u.a. unter:

- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz ([www.bmelv.de](http://www.bmelv.de))
- Bundesärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de))
- Verbraucherzentrale ([www.verbraucherzentrale.de](http://www.verbraucherzentrale.de))

### Hinweise zur Rechnungsstellung

(gemäß DSGVO)

Sie haben gewünscht, für die rückseitig aufgeführten Leistungen eine Rechnung zu erhalten. Die Rechnungsstellung erfolgt in unserem Auftrag über die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH (büdingenmed, ehem. pvsbüdingen), Gymnasiumstraße 18-20, 63654 Büdingen.

Zu diesem Zweck ist es erforderlich, patientenbezogene Daten an diese Stelle übermitteln, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum sowie Behandlungsdaten. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis (auf einer gesonderten Einverständniserklärung der Verrechnungsstelle). Wir werden diese Einverständniserklärung nur für den umseitig aufgeführten Vorgang verwenden.

Sie haben gemäß Art. 7 Abs. 3 DS-GVO das Recht, diese Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen, sofern die Daten noch nicht übermittelt wurden. Die Datenübermittlung erfolgt jeweils am Monatsende des Monats, in dem die Leistungen erfolgen.

Darüber hinaus haben Sie folgende Rechte:

- gemäß Art. 15 DS-GVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen.
- gemäß Art. 16 DS-GVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß Art. 17 DS-GVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DS-GVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
- gemäß Art. 20 DS-GVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen;
- gemäß Art. 21 DS-GVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben und
- gemäß Art. 77 DS-GVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Verbandssitzes wenden.