



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung

U5

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. Selbstverständlich sind die von Ihnen gemachten Angaben freiwillig und unterliegen 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.

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

Wenn ja, welche:

Haben Sie bei Ihrem Kind mit Beikost (Mittags-Gemüsebrei) begonnen? ja nein

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

Zeigt sich bei Ihrem Kind ein auffälliges Schreien? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hören kann? ja nein

Zusätzliche Fragen zur Feststellung der Hörfähigkeit:

Reagiert Ihr Kind auf Musik aus dem Radio, Fernsehen oder ähnlichem? ja nein

Plappert oder brabbelt Ihr Kind bereits mehrere verständliche laute und befinden sich hierunter welche mit mehr als 1 Silbe? ja nein

Benutzt Ihr Kind seine Stimme, um auf sich aufmerksam zu machen? ja nein

Zeigt Ihr Kind eine deutliche Unruhe beim Auftreten unbekannter Geräusche? ja nein

Beobachtet Ihr Kind die Unterhaltung anderer Personen? ja nein

Reagiert Ihr Kind auf Geräusche außerhalb des Raumes, in dem es sich gerade befindet? ja nein



Elternfragebogen Zur Verhaltensregulation Ihres Kindes (nach Mechthild Papoušek)

| | Nie | Gelegentlich | Oft | Dies macht mir Sorgen | Ich wünsche dafür fachkundliche Beratung |
|---|-----|--------------|-----|-----------------------|--|
| Mein Baby ... | | | | | |
| ... ist ständig unruhig und unzufrieden. | | | | | |
| ... schreit heftig, sobald ihm etwas passiert ist. | | | | | |
| ... setzt mich mit seinem Schreien unter Druck. | | | | | |
| ... wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lange (> 30 Minuten). | | | | | |
| ... schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig. | | | | | |
| ... wacht nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen. | | | | | |
| ... fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung. | | | | | |
| ... will ständig herumgetragen werden. | | | | | |
| ... kann sich nicht alleine beschäftigen. | | | | | |
| ... erträgt keine körperliche Einschränkung. | | | | | |
| ... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an. | | | | | |
| ... vermeidet Blickkontakt. | | | | | |
| ... isst / trinkt nur mit Druck oder Zwang. | | | | | |
| ... isst nur mit Ablenkung. | | | | | |
| ... wehrt Füttern mit dem Löffeln ab. | | | | | |
| Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45 Minuten). | | | | | |
| ... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, auf eine fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug. | | | | | |
| ... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe. | | | | | |
| ... manipuliert mich total mit seinem Schreien. | | | | | |
| Familiäre Situation | | | | | |
| 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. | | | | | |
| Mein Baby ist mir im Wesen fremd. | | | | | |
| Ich habe Angst, als Mutter zu versagen. | | | | | |
| Das Problem belastet die Partnerschaft. | | | | | |
| Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen. | | | | | |
| Ich traue mich mit meinem Baby nirgendwo hin. | | | | | |
| Ich plage mich mit der Angst, mein Kind sei hyperaktiv. | | | | | |

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 ... | | | | | |
| ... ist ständig unruhig und unzufrieden. | | | | | |
| ... schreit heftig, sobald ihm etwas passiert ist. | | | | | |
| ... setzt mich mit seinem Schreien unter Druck. | | | | | |
| ... wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lange (> 30 Minuten). | | | | | |
| ... schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig . | | | | | |
| ... wacht nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen. | | | | | |
| ... fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung. | | | | | |
| ... will ständig herumgetragen werden. | | | | | |
| ... kann sich nicht alleine beschäftigen. | | | | | |
| ... erträgt keine körperliche Einschränkung. | | | | | |
| ... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an. | | | | | |
| ... vermeidet Blickkontakt. | | | | | |
| ... isst / trinkt nur mit Druck oder Zwang. | | | | | |
| ... isst nur mit Ablenkung. | | | | | |
| ... wehrt Füttern mit dem Löffeln ab. | | | | | |
| Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45 Minuten). | | | | | |
| ... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, auf eine fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug. | | | | | |
| ... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe. | | | | | |
| ... manipuliert mich total mit seinem Schreien. | | | | | |
| Familiäre Situation | | | | | |
| 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. | | | | | |
| Mein Baby ist mir im Wesen fremd. | | | | | |
| Ich habe Angst, als Mutter zu versagen. | | | | | |
| Das Problem belastet die Partnerschaft. | | | | | |
| Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen. | | | | | |
| Ich traue mich mit meinem Baby nirgendwo hin. | | | | | |
| Ich plage mich mit der Angst, mein Kind sei hyperaktiv. | | | | | |





Informationen zum Amblyopiescreening (Screening auf Schwachsichtigkeit)

Um optimal zu sehen, ist es notwendig, dass beide Augen gut und seitengleich zusammenarbeiten. Im Laufe der Entwicklung kommt es jedoch vor, dass die Augen unterschiedlich scharfe Bilder an das Gehirn senden und so im Laufe der Zeit ein Auge vom Gehirn bevorzugt wird. In der Folge entwickelt sich eine zunehmende Schwachsichtigkeit, auch Amblyopie genannt. Die Häufigkeit einer Amblyopie liegt im Mittel bei ca. 5%.

Es hat sich gezeigt, dass das frühzeitige Erkennen und Behandeln einer Sehentwicklungsstörung das Sehvermögen und die damit verbundene Lebensqualität lebenslang verbessern kann.

In der Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (**Kinder-Richtlinie**) ist deshalb u.a. der Brückner-Test verpflichtend bei den Vorsorgen bis einschließlich zur U7a eingeführt worden. Zusätzlich überprüfen wir ab der U7a das Stereosehen und ab der U8 die Sehkraft mit standardisierten Sehtafeln.

Mit einem Amblyopiescreening-Gerät ist es darüber hinaus möglich, frühzeitig auch unabhängig von der Mitarbeit des Patienten die Sehkraft und eventuelle Störungen zu erkennen. Sie bieten daher gerade im Alter von 6 Lebensmonaten bis 3 Lebensjahren eine gute Ergänzung zum alleinigen Brückner-Test.

Mithilfe einer Infrarotkamera wird an beiden Augen eine Pupillenreflex erzeugt und ausgewertet. Somit können Aussagen u.a. über den Pupillendurchmesser, eine ggf. unterschiedliche Sehkraft der Augen, eine Stabsichtigkeit (Astigmatismus), relevantes Schielen und Linsentrübungen getroffen werden. Im Falle eines auffälligen Ergebnisses sollten die Befunde augenärztlich überprüft werden, um ggf. daraus Therapiemaßnahmen abzuleiten.

Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen diese zusätzliche Untersuchung der Augen mittels dem Plusoptix® Vision Screener.

Manche Krankenkassen haben im Rahmen ihrer „Hausärzterträge“ diese Leistung bereits aufgenommen und bieten Ihnen bzw. Ihrem Kind diese Untersuchung zu festgelegten Zeitpunkten zu den Vorsorgen ein- bis zweimal an. Für alle anderen Patienten müssen wir diese zusätzliche Untersuchung als kostenpflichtige individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anbieten. Wir können sie in diesem Fall 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 Amblyopiescreening finden Sie auf den folgenden Seiten.

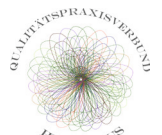
Für Rückfragen stehen wir Ihnen stets gerne zur Verfügung.

Für das gesamte Praxisteam

Künzell, Januar 2020

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)]

Vereinbarung über die objektive Refraktionsbestimmung
("Amblyopiescreening")
mittels Vison Screener plusoptix S16

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. Row 1: Objektive Refraktionsbestimmung (hier mit Vison Screener plusoptiX S16), A 1259, 1,75, 24,69, -. Row 2: Gesamtkosten (inklusive Sachleistungen), 24,69, -.

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. Der oben genannte Betrag ist somit von mir selbst zu tragen.

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

Diese Vereinbarung entspricht den Empfehlungen

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
Gebühreneempfehlungen des Qualitätszirkel der Kinder- und Jugendärzte Fulda



Diese Leistung bieten wir Ihnen bei den Vorsorgen U5 bis U7a an. Es sind jedoch 2 Untersuchungen ausreichend! Wir empfehlen diese einmal im Alter zwischen 6 - 12 Monaten und ein zweites Mal im Alter zwischen 2 und 3 Lebensjahren. Beachten Sie bitte, dass manche Krankenkasse diese Leistung im Rahmen von Sonderverträgen vergüten - sprechen Sie uns gerne diesbezüglich an!



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) □
- Bundesärztekammer (www.baek.de)
- Verbraucherzentrale (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 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.