



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung

U9

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.

Sind seit der letzten Untersuchung bei Ihrem Kind schwerwiegende Erkrankungen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche:

Zeigen sich bei Ihrem Kind Ernährungsschwierigkeiten? ja nein

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

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? ja nein

Stottert Ihr Kind? ja nein

Schnarcht Ihr Kind? ja nein

Wenn ja, zeigt es dabei Atempausen (länger als 10-20 Sekunden)? ja nein

Kann Ihr Kind (ohne Stützräder) Fahrrad fahren? ja nein

Geht Ihr Kind wechselfüßig eine Treppe vorwärts herauf und runter, d.h. einen Fuß pro Stufe ohne Festhalten? ja nein

Zieht es sich alleine an und kann dabei alle Knöpfe selbständig schließen? ja nein

Baut Ihr Kind erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder ähnliches*? ja nein

* = _____



Kann Ihr Kind mit Gabel und Messer essen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kennt Ihr Kind seine Adresse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versteht und benutzt Ihr Kind Zeitbegriffe (z.B. morgens, mittags, abends, heute, morgen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann es Erlebnisse (z.B. aus dem Kindergarten) berichten oder Vorgelesenes nacherzählen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Sprache Ihres Kindes für Personen verständlich, die nicht zur Familie gehören?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trägt Ihr Kind nachts eine Windel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erfolgt der Stuhlgang auf der Toilette?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spielt es mit anderen Kindern Rollenspiele?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beteiligt sich Ihr Kind an Regelspielen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind (zeitweilig) einen „besten Freund“?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beachtet Ihr Kind Ampeln?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann Ihr Kind seine Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend regulieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trennt sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Möchte Ihr Kind in die Schule gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Machen Sie sich über irgendetwas Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes? Wenn ja, bitte notieren Sie diese stichwortartig!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ausgefüllt von: Mutter Vater _____

_____ Datum und Unterschrift



Informationen zum zusätzlichen Hörtest bei einer Vorsorgeuntersuchung

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 audiometrische Hörtestungen nur einmalig bei der Vorsorgeuntersuchung U8 (46. - 48. Lebensmonat) vorgesehen. Kontrollen werden nur dann von Ihrer Krankenkasse übernommen, wenn vorherige Testungen auffällig gewesen sind.

Aus unserer Erfahrung ist die Hörprüfung jedoch zusätzlich vor der Einschulung sinnvoll. Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen eine nochmalige Untersuchung im Alter von 5 bis 6 Jahren (z.B. im Rahmen der U9).

Dadurch möchten wir auffällige Befunde entdecken, die in der Folge entweder weiter abgeklärt oder kontrolliert werden müssen, um so einem gesundheitlichen Risiko für Ihr Kind entgegen zu wirken.

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 zusätzlichen Hörtest finden Sie auf den folgenden Seiten.

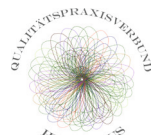
Für Rückfragen stehen wir Ihnen stets gerne zur Verfügung.

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)]

Audiometrische Untersuchung - "Hörtest" bei bisher unauffälligem Hörvermögen

Form fields for patient name, birth date, street, and postal code.

Ich wünsche durch meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt die folgenden Leistungen auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen.

Table with 5 columns: Leistung, GOÄ-Ziffer, Faktor, Einzelbetrag [€], Betrag [€] aller erforderlichen Folgeleistungen. Includes a note about control costs and a summary row for total costs.

Mir ist bekannt, dass die Leistungen in diesem Fall nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören...

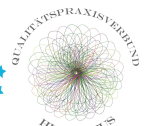
Diese Vereinbarung schließe ich auf eigenen Wunsch nach umfassender und verständlicher Aufklärung über Art und Umfang der Leistung...

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 section with fields for date, amount, and checkboxes for payment status.





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 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.