



## Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U5

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Kann Ihr 6 bis 7 Monate altes Kind ...				
JA	<input type="checkbox"/>	... den Kopf beim Tragen stabil halten?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... sich über beide Seiten vom Rücken auf den Bauch rollen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... sich über beide Seiten vom Bauch auf den Rücken rollen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... Kopf und Brust heben mit Abstützung auf beide gestreckte Arme?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... die Fäuste meist offen halten?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... Spielzeug betrachten?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... gezielt nach dem Spielzeug greifen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... gezielt mit ganzer Hand und gestreckten Daumen greifen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... mit Spielzeug hantieren, wechselt Spielzeug von einer Hand in die andere?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... Spielzeug in den Mund nehmen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Guckt Ihr Kind herunterfallenden Spielzeug hinterher und nimmt mit Ihnen Blickkontakt auf?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... mit seinen Zehen spielen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... lässt es sich beruhigen, wenn es weint?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... lächeln, wenn es freundlich angesprochen wird?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... quietschen, gurren, plaudern, stimmhaft lachen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Beginnt Ihr Kind bewusste zu Lallen, bildet rhythmische Silbenketten (zum Beispiel: ge – ge –, mem – men)?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Freut es sich beim Erscheinen eines anderen Kindes?	Nein	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es ständig unruhig und unzufrieden?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Schreit es heftig, sobald ihm etwas nicht passt?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Es setzt mich häufig mit seinem Schreien unter Druck.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Wehrt es sich häufig gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30 Min.) zum Einschlafen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Schläft es häufig tagsüber nur kurz und unregelmäßig?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Fordert es ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Will es häufig ständig herumgetragen werden?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Erträgt es häufig keine körperliche Einschränkung?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es häufig auffallend ernst, lächelt nur die anderen an?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Vermeidet es Blickkontakt?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45. Min)	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Trinkt es häufig nur mit Druck ?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Isst es nur mit Ablenkung?	JA	<input type="checkbox"/>

Nein	<input type="checkbox"/>	Wehrt es Füttern mit dem Löffel ab?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Reagiert es häufig extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Es schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Es manipuliert mich total mit seinem Schreien.	JA	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Hört Ihr Kind?  Beobachtet es interessiert Gespräche in seiner Umgebung und reagiert auf Zuruf? Sucht und findet es eine Geräuschquelle (zum Beispiel: hinterm Kopf oder von der Seite)? Zeigt es deutliches Lauschverhalten und hat Freunde an Musik? Reagiert auf Papierrascheln?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Benimmt Ihr Kind sich bei Bekannten und Unbekannten Personen verschieden?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol)?	Nein	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen; eine Operation oder schwerwiegende Erkrankungen, hat es abnorme Stühle oder Verstopfungen; Schwierigkeiten beim Schlucken/Trinken/Füttern, schreit Ihr Kind auffällig, häufig Infektionen?  Wenn "Ja"	JA	<input type="checkbox"/>
Wie wird Ihr Kind zurzeit ernährt?				

### familiäre Situation

	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fachkundige Beratung
Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen					
In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet					
Die Nerven liegen blank					
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen					
Mein Baby ist mir im Wesen fremd					
Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen					
Die Probleme belasten die Partnerschaft					
Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin					



### Sehen will gelernt sein!

Die Augen sind das wichtigste Sinnesorgan des Menschen, denn 80% aller Informationen nehmen wir über unsere Augen auf. Interessant ist, dass Neugeborene das Sehen genauso erlernen müssen wie Laufen und Sprechen. Die Fortschritte bei den ersten Gehversuchen oder dem Artikulieren der ersten Wörter erleben die Eltern täglich mit. Wie und was ihr Kind sieht, bleibt ihnen dagegen verborgen.

Zwei gesunde Augen sind für das Wohlergehen Ihres Kindes von zentraler Bedeutung, denn eine eingeschränkte Sehkraft beeinträchtigt die schulischen Leistungen, erhöht die Unfallgefahr im Straßenverkehr und schränkt die Berufswahl ein.



### Wie lernen Kinder sehen?

Das Sehen besteht aus zwei Vorgängen, der Bildaufnahme durch die Augen und der Bildverarbeitung im Gehirn. Das Zusammenspiel von Augen und Gehirn müssen Neugeborene und Kinder üben, damit sich der Sehnerv, bzw. die zum Sehen erforderlichen neuronalen Verknüpfungen zwischen Augen, Sehhinde und Augenmotorik ausbilden können. Dabei sind die ersten Jahre für die Entwicklung eines gesunden beidäugigen Sehens die wichtigsten. Treten in dieser Zeit Sehstörungen auf, so verläuft dieser Lernprozess unwiederbringlich fehlerhaft. Augen und Gehirn werden nicht richtig trainiert und im schlimmsten Fall droht eine bleibende Sehminderung bzw. eine einseitige Erblindung.



### Was bezahlt die Krankenkasse?

Wird bei der Augenvorsorge ein auffälliges Ergebnis festgestellt, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen alle Kosten, die bei der weiteren Untersuchung und Behandlung entstehen. Um Kosten im Gesundheitswesen einzusparen, ist die Augenvorsorge selbst von dieser Regelung leider ausgenommen.

Der Berufsverband der Augenärzte (BVA) sowie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) setzen sich dafür ein, dass in Zukunft auch die Augenvorsorge von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden.

### Für weitere Informationen:

[www.augeninfo.de](http://www.augeninfo.de)  
unter: Patienten und Besucher  
unter: Kinder – Schielen  
[www.kinderaerzteimnetz.de](http://www.kinderaerzteimnetz.de)  
unter: Suchbegriff „Sehstörung“  
Kostenübernahme  
nicht durch alle Krankenkassen  
Kosten 20 Euro

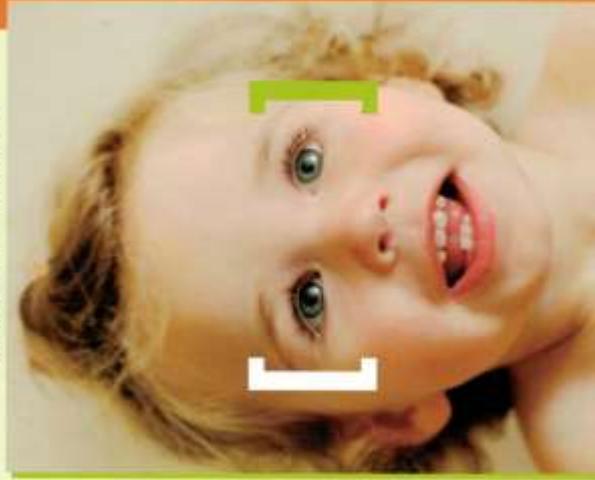
Diese Elterninformation wurde Ihnen überreicht von:

**Dr. med. K. Amm**  
**Dr. med. C. Hildebrand-Hartmann (o)**  
Fehrbühlklinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin  
04178 Leipzig, Pestalozzistraße  
Telefon: 0341/44 68 30  
KV-Nr.: 96/23007

Stand Dezember 2008

# Augenvorsorge für Kinder

## Elterninformation



Empfohlen vom  
Berufsverband der Augenärzte  
und dem  
Berufsverband der Kinder-  
und Jugendärzte



### **Wozu dient die Augenvorsorge?**

Die Augenvorsorge dient der frühzeitigen Erkennung von Sehstörungen. Je früher eine Sehstörung erkannt und behandelt wird, desto größer sind die Behandlungserfolge.

### **Hat mein Kind eine Sehstörung?**

Diese Frage kann die Augenvorsorge beantworten. Im Durchschnitt hat fast jedes fünfte Kind im Alter von 4 Jahren eine unerkannte Sehstörung. Dieser hohe Anteil ist nicht erstaunlich, denn im Gegensatz zu Krankheiten gibt es bei Sehstörungen keine äußeren, mit bloßem Auge erkennbaren Symptome.

### **Bemerkt mein Kind seine Sehstörung?**

Die betroffenen Kinder bemerken die eigene Sehstörung nicht selbst, denn sie sind es gewohnt, die Welt mit ihren Augen zu sehen und haben keine Vergleichsmöglichkeit.



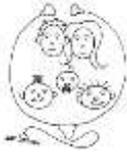
### **Wann wird eine Augenvorsorge empfohlen?**

Grundsätzlich sollten alle Kinder, die nicht bereits in augenärztlicher Behandlung sind, regelmäßig an einer Augenvorsorge teilnehmen.

Die erste Augenvorsorge sollte so früh wie möglich erfolgen, am besten noch vor dem ersten Geburtstag. Danach muss sie regelmäßig wiederholt werden, da sich die Augen mit dem Wachstum verändern und dabei Sehstörungen neu auftreten können.

### **Was kann ich tun?**

Sprechen Sie Ihren Arzt beim nächsten Termin an. Er wird Sie individuell beraten und falls Sie es wünschen eine Augenvorsorge durchführen.



## Erklärung

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Ich, \_\_\_\_\_

wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen für  
mein Kind \_\_\_\_\_

### Früherkennungsuntersuchung vom Amblyopie und Sehschwäche

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung der Leistung	Einfachsatz	Faktor	Betrag in €
1259	Pupillographie	14,11	1,418	20,00
<b>Gesamt</b>				<b>20,00</b>

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

- 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.

Leipzig, \_\_\_\_\_

.....  
Unterschrift des Versicherten