



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U6

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Kann Ihr 1jähriges Kind ...		
JA	<input type="checkbox"/> ... sich selbst in den Stand hochziehen (z.B. an einem Stuhl oder Laufstall) und einige Sekunden lang stehen bleiben?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... einige Schritte an Möbeln entlang laufen (z.B. seitlich indem es sich mit zwei Händen festhält)?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... eine Stufe hochkrabbeln?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... sich einen Armreif vom Arm ziehen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... einen Knopf (oder anderen kleinen Gegenstand) mit gebeugtem Daumen und Zeigefinger aufheben?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... flüchtige Punkte und Striche auf Papier zeichnen, ohne dass die Hand geführt wird?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... ein Spielzeug an einer Schnur hinter sich herziehen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... einen Deckel auf eine Dose legen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... von 2 Baubechern den kleineren in den größeren stecken?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... mit dem Finger auf etwas zeigen (z.B. auf ein Spielzeug was es haben möchte)?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Geräusche nachahmen (Schnalzlaute, Lippenvibrieren)?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... einfache Doppelsilben sprechen, ohne Bedeutung: „Ma-ma“, „Pa-pa“, „Da-da“ usw.?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Doppel- oder Einzelsilben mit Bedeutung sprechen, z.B. „Ham-ham“ für Essen, „brr“ für Auto?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Wünsche durch bestimmte Laute äußern?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Gebraucht Ihr Kind „Mama“ oder „Papa“ für Personen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... 2 sinnvolle Worte sprechen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Reagiert Ihr Kind auf Verbote „nein, nein“ bzw. Lob?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Aufforderungen durch Protest ablehnen (z.B. Protestschrei oder Weinen)?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Liebkost Ihr Kind eine Puppe oder ein Stofftier?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Spielt Ihr Kind mit jemand anderem Ball, indem es den Ball zurollt?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... sich eine Mütze vom Kopf ziehen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> .. sich alleine Brotstücke oder Keks nehmen und sie aufessen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... ohne zu kleckern aus einem Becher trinken, wenn der gehalten wird?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Versucht Ihr Kind beim Anziehen durch eigene Bewegungen zu helfen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Zieht Ihr Kind sich die geöffneten Schuhe selbst aus?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... kann sich alleine Hinsetzen und ohne Unterstützung sitzen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... robben bzw. krabbeln?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... Spielzeug von der einen Hand in die andere wechseln?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> ... kleinste Dinge (z.B. Brotstücke) aufheben?	Nein <input type="checkbox"/>

JA	<input type="checkbox"/>	... Papier und Zeitung zerreißen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... beim Trinken aus dem Becher helfen?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... sich gut allein beschäftigen ohne Anwesenheit der Mutter?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Benimmt Ihr Kind sich bei bekannten und fremden Personen unterschiedlich?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Zeigt Ihr Kind Interesse am Spielzeug und befühlt und betrachtet es Einzelzeiten des Spielzeuges?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Schaut Ihr Kind Sie an und beobachtet es was Sie machen?	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"/>	Ist es ständig müde, überreizt, unausgeschlafen?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Wacht es häufig nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Fordert es ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Kann es sich nicht allein beschäftigen, hat keine Lust zu spielen, Spielzeuge sind rasch langweilig?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Schreit und kämpft es häufig beim Anziehen und Wickeln?	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/Isst 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"/>	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 geht.	JA	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihrem Kind das Hörscreening OAE nach der Geburt durchgeführt?	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Hört Ihr Kind (reagiert es auf leise Geräusche und guckt in Richtung der Geräuschquelle)?	Nein	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Essen, Schlucken oder Trinken bzw. häufiges Erbrechen?	JA	<input type="checkbox"/>
		Wenn "Ja":		
JA	<input type="checkbox"/>	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol) bzw. Fluorkariesprophylaxe (Zymafluor, Fluoretten, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)?	Nein	<input type="checkbox"/>
		Wenn "Ja", welche:		
Nein	<input type="checkbox"/>	Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen oder hat es abnorme Stühle; gehäuft Infektionen, auffällige Verhaltensweisen, weint und schreit viel und lange?	JA	<input type="checkbox"/>
		Wenn "Ja":		
		Wie wird Ihr Kind zurzeit ernährt?		

familiäre Situation

	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fachkundige Beratung
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen					
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, mein Kind sei hyperaktiv					
Die Probleme belasten die Partnerschaft					



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 erkennen müssen wie Laufen und Sprechen. Die Fortschritte bei den ersten Gehversuchen oder dem Artikulieren der ersten Worte 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, Sehirn und Augenmuskulatur 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
unter: Patienten und Besucher
unter: Kinder – Schielen
www.kinderarztzernetz.de
unter: Suchbegriff „Sehstörung“
Kostenübernahme
nicht durch alle Krankenkassen
Kosten 20 Euro

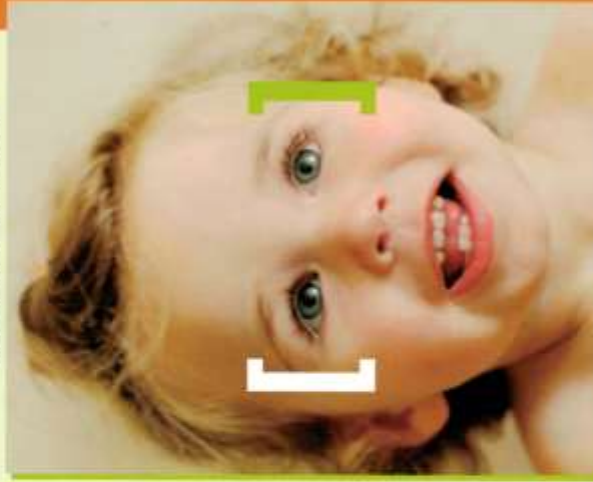
Diese Elterninformation wurde Ihnen übersandt von:

Dr. med. K. Amm
Dr. med. C. Hildebrand-Hortmann (o)
Führerinnen für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
04178 Leipzig, Pestalozzistraße
Telefon: 0341/44 68 30
KV-Nr.: 96/73007

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
Gesamt				20,00

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