

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes



ärzte genossenschaft Nord eG
 Medizin verbindet. menschlich | politisch | wirtschaftlich

bvkgj.
 Berufsverband der
 Kinder- und Jugendärzte e.V.

Gesundheits-Check bei U11 – 9 bis 10 Jahre

(ab dem 9. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 11. Geburtstag)

m w Geburtsjahr:

Körpergewicht g > 90.P. < 3.P. WDE

Körperlänge cm > 97.P. < 3.P. WDE

Körper-Masse-Index > 97.P. < 3.P. WDE

Genitale Entwicklung Jungen: PH: 1 2 3 4 5

Genitale Entwicklung Mädchen: G: 1 2 3 4 5

PH: 1 2 3 4 5

B: 1 2 3 4 5

Sind die Eltern mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden ja nein

- Sehen und/oder Farbsehen auffällig ja nd WDE
- Hörprüfung auffällig ja nd WDE
- RR erhöht ja nd WDE
- Urin auffällig ja nd WDE
- Zähne/Kiefer auffällig ja WDE
- IgE-spezifische Allergie nachgewiesen ja WDE
- Asthma bronchiale ja WDE
- Rhinokonjunktivitis allergica ja WDE
- Endogenes Ekzem vorhanden ja WDE
- Mundatmung/Schnarchen ja WDE
- Angeborene Erkrankungen ja WDE
- Körperliche Untersuchung auffällig ja WDE
- Umschriebene Entwicklungsstörungen ja WDE
- Verhalten auffällig ja WDE
- Emotionale Kompetenz auffällig ja WDE
- Verdacht auf ADHS ja WDE

Fragen an die Eltern:

- Elternfragebogen auffällig ja nd WDE
- Schilddrüsenerkrankungen in der Familie ja WDE
- Schulleistungsprobleme ja
- Besuch Grundschule ja
- Besuch Sonder-/Förderschule ja
- Besuch Behinderten-/Rehaeinrichtung ja
- Verdacht auf Sprachentwicklungsstörung ja
- Verdacht auf Lese-Rechtschreibschwäche ja
- Verdacht auf Rechenschwäche ja
- Alleinerziehung ja
- Geschwisteranzahl
- Std. körp. Aktivität pro Tag <= 1-3 >3
- Stunden vor dem Fernseher/PC pro Tag <= 1-3 >3

Ärztliche Bemerkungen

Die Untersuchung ergab ein altersgemäß entwickeltes Kind

Datum der Untersuchung

Ich bin damit einverstanden, dass meine patientenbezogenen Daten bezüglich dieser Versorgungsform für die Leistungsabrechnung erfasst und zur Qualitätssicherung verarbeitet werden dürfen

Altersmäßiger Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung

- vollständig
- keine Impfung

nd = nicht durchgeführt
 WDE = weitere Diagnostik erforderlich

Datum, Unterschrift des Versicherten
 oder des gesetzlichen Vertreters