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

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

BKK

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

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

Gesundheits-Check bei U10 – 7 bis 8 Jahre

(ab 7. Geburtstag – 1. Tag vor dem 9. Geburtstag Toleranz)

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 ☐
	G:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐ 5 ☐
Genitale Entwicklung Mädchen:	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 Farbensehen 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 ☐

Altersmäßiger Impfstatus lt. STIKO-Empfehlung

vollständig ☐

keine Impfung ☐

nd = nicht durchgeführt
WDE = weitere Diagnostik erforderlich

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

Datum, Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters