

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes



J 2 (16 – 17 Jahre)

w m 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

Ist der/die Jugendliche mit seiner/ihrer Entwicklung zufrieden?

ja nein

- Sehrprüfung/Farbsehen auffällig ja nd WDE
- Hörprüfung auffällig ja nd WDE
- RR erhöht ja nd WDE
- Cholesterin erhöht ja nd WDE
- IgE-spezif. Allergie nachgewiesen ja WDE
- Asthma bronchiale ja WDE
- Rhinokonjunktivitis allergica ja WDE
- Endogenes Ekzem ja WDE
- Mundatmung/Schnarchen ja WDE
- Kontaktallergie ja WDE
- Acanthosis nigricans ja WDE
- Struma ja WDE
- Skelettsystem auffällig ja WDE
- Körperl. Untersuchung auffällig ja WDE

Fragen an den Jugendlichen:

- Jugendl.-Fragebogen auffällig ja nd WDE
- Schilddrüsenerkrankung i.d. Familie ja WDE
- Schulleistungsprobleme ja WDE
- Besuch weiterführende Schule ja
- Besuch Sonder-/Förderschule ja
- Besuch Behinderten-/Reha-Einrichtung ja
- Std. körpl. Aktivität pro Tag <= 1-3 > 3
- Std. TV / PC pro Tag <= 1-3 > 3

Gesundheitsverhalten:

- Regelm. Medikamenteneinnahme ja WBE
- Rauchen ja WBE
- Alkoholkonsum ja WBE
- Drogenkonsum ja WBE

Altersgemäßer Impfstatus laut STIKO-Empfehlung:

- Vollständig Varizellen gehabt/geimpft
- Keine Impfung Keuchhusten aufgefrischt

nd = nicht durchgeführt WDE = weitere Diagnostik erforderlich WBE = weitere Beratung 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 Leistungsbeurteilung erfasst und zu Qualitätssicherung verarbeitet werden dürfen

Datum, Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzl. Vertreters