

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



Befundbogen für die Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung von Kindern, die bei der DAK-Gesundheit versichert sind

- ab dem vollendeten 30. Lebensmonat bis zur Vollendung des 42. Lebensmonats,
- mit Risikofaktoren ab dem vollendeten 5. Lebensmonat bis zur Vollendung des 12. Lebensmonats (Tag vor dem 1. Geburtstag).

Hinweis:

Als Risikofaktoren gelten insbesondere eine Frühgeburt vor der 37. Schwangerschaftswoche sowie bei Eltern oder Geschwistern eine diagnostizierte Amblyopie, Schielen, größere Anisometropie oder deutliche Hyperopie.

Einverständnis und Bestätigung des Sorgeberechtigten für die Inanspruchnahme dieser Vorsorgeleistung

_____ Datum und Unterschrift

Die Untersuchung erfolgte am: _____ (Datum)

Ergebnis:

Eine weitere Behandlung ist

- nicht notwendig
- notwendig

Hinweise für den behandelnden Kinderarzt:

Ort, Datum

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Augenarztes

- Original verbleibt in der Praxis; Kopie erhält der Sorgeberechtigte zur Vorlage beim Kinderarzt oder kann (sofern der Sorgeberechtigte auf der Teilnahmeerklärung zugestimmt hat) direkt an den behandelnden Kinderarzt weitergeleitet werden -