

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Anlage 4
zum Vertrag nach § 140a SGB V über die
besondere ärztliche Versorgung von Kindern
„Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung“**

**Befundbogen
Augenärztliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung bei
teilnehmenden Betriebskrankenkassen versicherten Kindern
(31. bis 42. Lebensmonat)
sowie Kinder im Alter von 6 bis 12 Monaten, die zu einer Risikogruppe* gehören**

Die Untersuchung erfolgte am: _____
(Datum)

Ergebnis:

Eine weitere Behandlung ist

nicht notwendig

notwendig

Hinweise für den Kinderarzt:

Ort, Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Augenarztes

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

- Original verbleibt in der Praxis; Kopie erhält der Erziehungsberechtigte/Kinderarzt, wenn die Zustimmung auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 3) vorliegt.