

Anlage 7 – Dokumentation

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Rheinland– Stand: 01.07.2021

Dokumentation U10, U11 und J2

Die Dokumentation umfasst die Untersuchungsergebnisse entsprechend § 2 der Anlage 2. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse hat mindestens die Parameter der nachfolgenden Dokumentationsbögen für die jeweilige Untersuchung zu beinhalten und ist elektronisch oder in Papierform festzuhalten. Der Versicherte bzw. der gesetzliche Vertreter erhält eine Kopie der gemäß Satz 1 und 2 dokumentierten Untersuchungsergebnisse. Die Dokumentation zum Amblyopiescreening erfolgt lediglich in der Patientenakte.

Anlage 7 – Dokumentation

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Rheinland– Stand: 01.07.2021

		U10 7-8 Jahre	
Name	Vorname	geb. am	
_____	_____	_____	
Geschlecht			
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	
Körpermaße			
Körpergewicht in kg	Körperlänge in cm	BMI in kg/m ²	
_____	_____	_____	
Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schulleistungsstörungen			
1. Regelmäßiger Besuch der Schule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2. Ausschluss vom Schulbesuch wegen seines Verhaltens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Leistungsprobleme (Lese- Rechtschreib-, Rechenschwäche)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. In der Schule und bei Hausaufgaben schnell abgelenkt und unkonzentriert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sozialisations- und Verhaltensstörungen			
1. Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2. Ist bereit zu teilen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Kontakt zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zahn-, Mund- und Kieferanomalien			
1. Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2. Kieferanomalie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Verletzungszeichen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Medienverhalten			
1. Min. TV / PC / Spielkonsole pro Tag	_____	Min./ Tag	
2. Min. Mobiltelefon pro Tag	_____	Min./ Tag	
Orientierte Beurteilung der altersgemäßen Entwicklung			
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten		
Auffälligkeiten bei Beobachtung:	weitere Maßnahmen vereinbart:		

Anlage 7 – Dokumentation

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Rheinland– Stand: 01.07.2021

			U11 9-10 Jahre	
Name	Vorname	geb. am		

Geschlecht				
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers		
Körpermaße				
Körpergewicht in kg	Körperlänge in cm	BMI in kg/m ²		

Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schulleistungsstörungen				
1. Regelmäßiger Besuch der Schule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2. Ausschluss vom Schulbesuch wegen seines Verhaltens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
3. Leistungsprobleme (Lese- Rechtschreib-, Rechenschwäche)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
4. In der Schule und bei Hausaufgaben schnell abgelenkt und unkonzentriert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Sozialisations- und Verhaltensstörungen				
1. Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2. Ist bereit zu teilen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
3. Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
4. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
5. Kontakt zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Zahn-, Mund- und Kieferanomalien				
1. Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2. Kieferanomalie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
3. Verletzungszeichen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Medienverhalten				
1. Min. TV / PC / Spielkonsole pro Tag	_____	Min./ Tag		
2. Min. Mobiltelefon pro Tag	_____	Min./ Tag		
Pubertätsentwicklung				
Tannerstadien:				
Jungen			Mädchen	
_____ G	_____ PH	_____ B	_____ PH	
Stimmbruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Thelarche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Menarche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anlage 7 – Dokumentation

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Rheinland– Stand: 01.07.2021

**Orientierte Beurteilung der altersgemäßen
Entwicklung**

ja

nein

keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten bei Beobachtung:

weitere Maßnahmen vereinbart:

Anlage 7 – Dokumentation

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Rheinland– Stand: 01.07.2021

		J2 16-17 Jahre	
Name	Vorname	geb. am	
_____	_____	_____	
Geschlecht			
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	
Körpermaße			
Körpergewicht in kg	Körperlänge in cm	BMI in kg/m ²	
_____	_____	_____	
Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Körperhaltung			
Fehlhaltung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Skoliose		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sport & Bewegung		Min./ Tag	
Sozialisations- und Verhaltensstörungen			
1. Dissoziales Verhalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2. Essstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Affektive Störungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Entwicklung Sexualität			
1. Sexualekontakte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tannerstadien:			
Jungen		Mädchen	
_____ G	_____ PH	_____ B	_____ PH
Medienverhalten			
1. Min. TV / PC / Spielkonsole pro Tag	_____ Min./ Tag		
2. Min. Mobiltelefon pro Tag	_____ Min./ Tag		
Umgang mit Drogen			
1. Regelmäßige Medikamenteneinnahme ohne ärztliche Verordnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2. Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
falls ja, wie häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> mehrmals / Woche	<input type="checkbox"/> täglich
4. Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
falls ja, wie häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> mehrmals / Woche	<input type="checkbox"/> täglich

Anlage 7 – Dokumentation

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Rheinland– Stand: 01.07.2021

**Orientierte Beurteilung der altersgemäßen
Entwicklung**

ja

nein

keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten bei Beobachtung:

weitere Maßnahmen vereinbart: