

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



## Anlage 4 zum Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

**Befundbogen**  
**Augenärztliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung für bei der Knappschaft versicherte Kinder (31. - 42. Lebensmonat bzw. bei Zugehörigkeit zur Risikogruppe 6. - 12. Lebensmonat)**

Einverständnis und Bestätigung des/der 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 Kinderarzt:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum      Vertragsarztstempel**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Augenarztes**