

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



Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**SVLFG**  
Landwirtschaftliche  
Krankenkasse



**Anlage 1 zum Vertrag  
über die Durchführung einer augenärztlichen  
Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im  
Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung  
(Amblyopie-Screening)**

**Befundbogen**  
**Augenärztliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung bei  
SVLFG-versicherten Kindern (31. - 42. Lebensmonat)**

**Einverständnis und Bestätigung des  
Erziehungsberechtigten 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