

Fragebogen - Kinder

| |
|---|
| Name: |
| Geburtsdatum: |
| Name Hauptversicherter: |
| Anschrift: |
| Telefonnummer: |
| Kinderarzt: |
| Allgemeinerkrankungen: |
| Probleme bei Schwangerschaft / Geburt: |
| Neurodermitis / Allergien: |
| Medikamente: |
| Auffälligkeiten bei U-Untersuchungen: |
| Bisheriger Augenarzt: |
| Letzte Vorstellung dort: |
| Wurde Brille verordnet? Wann erstmals? |
| Wird Brille getragen? |
| Schielen / angeborene Sehschwäche: |
| Wurde ein Auge abgeklebt? Wann? Welches? |
| Untersuchung mit weiter Pupille erfolgt? |
| Augenoperationen/-Verletzungen: |
| Augentropfen: |
| Sonstige Augenerkrankungen: |
| Auffälligkeiten in Kindergarten / Schule: |
| Augenerkrankungen in der Familie: |
| Grund der aktuellen Vorstellung: |

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter