



Frühförderzentrum Hennef

Place Le Pecq | 53773 Hennef

Telefon 02242 / 90 90 757

Fax 02242 / 91 80 181

Internet www.ffz-hennef.de

E-Mail info@ffz-hennef.de

Bürozeiten Montag – Freitag
8:00 – 16:00 Uhr

DE

Liebe Eltern,

bitte bringen Sie beim nächsten Termin das Untersuchungsheft
Ihres Kindes vom Kinderarzt mit.

Vielen Dank.

Bei Fragen wenden Sie sich gern an uns.

Frühförderzentrum Hennef

EN

Dear parents,

please bring your child's examination booklet
from your child's pediatrician with you for the
next appointment.

Thank you very much.

If you have any questions, please do not
hesitate to contact us.

Frühförderzentrum Hennef

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Kinderuntersuchungsheft

Bitte bringen Sie Ihr Kind zur Untersuchung:

U2	3.-10. Lebensstag	vom:	_____	bis:	_____
U3	4.-5. Lebenswoche	vom:	_____	bis:	_____
U4	3.-4. Lebensmonat	vom:	_____	bis:	_____
U5	6.-7. Lebensmonat	vom:	_____	bis:	_____
U6	10.-12. Lebensmonat	vom:	_____	bis:	_____
U7	21.-24. Lebensmonat	vom:	_____	bis:	_____
U7a	34.-36. Lebensmonat	vom:	_____	bis:	_____
U8	48.-48. Lebensmonat	vom:	_____	bis:	_____
U9	60.-64. Lebensmonat	vom:	_____	bis:	_____

Diese Untersuchungstermine sollten Sie im Interesse Ihres Kindes bitte genau einhalten.

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank | Kontonummer: 030 66 84 661 | Bankleitzahl: 300 606 01
IBAN: DE93 300 60601 0406684661 | BIC: DAAEDEDXXX
Inhaber: Bernd Hohn MSC



Frühförderzentrum Hennef

DE

Für die **Eingangsdiagnostik** Ihres Kindes in unserer Einrichtung benötigen Sie eine Verordnung zur „Eingangsdiagnostik interdisziplinärer Frühförderung“ von Ihrem Kinderarzt.

EN

for the initial diagnostics of your child in our facility, you need a prescription for "**Eingangsdiagnostik interdisziplinäre Frühförderung**" from your child's pediatrician

<input checked="" type="checkbox"/> GxHr Geb.- pfl.	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Hilfs- BVG mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
<input type="checkbox"/> noctu	Name, Vorname des Versicherten			6	7	8	9			
<input type="checkbox"/> Sonstige	Name, Vorname des Kindes			Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
<input type="checkbox"/> Unfall	Straße, Hausnummer			geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	PLZ, Ort			Geburtsdatum		1. Verordnung		Faktor Taxe		
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			2. Verordnung				
	XXXX	XXXX	XXXX			3. Verordnung				
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
	XXXX	XXXX	XX.XX.XXXX							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel						
<input type="checkbox"/> aut idem	Eingangsdiagnostik interdisziplinäre Frühförderung									
<input type="checkbox"/> aut idem	† Diagnose (wie z.B.) Entwicklungsverzögerung									
<input type="checkbox"/> aut idem	***** 6666									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke		Muster 16 (10.2014)				
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer							Stempel und Unterschrift Kinderarzt	

Format der Verordnung

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank | Kontonummer: 030 66 84 661 | Bankleitzahl: 300 606 01
IBAN: DE93 300 60601 0406684661 | BIC: DAAEDEDXXX
Inhaber: Bernd Hohn MSC