Untersuchungskarte:

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Grund des Erstbesuchs: |  |
| Augenarztbesuche? |  |
| Allgemein Arzt (Auffälligkeiten?) |  |
| Versorgung der Familie? |  |
| Aktuelle Beschwerden (Kopfschmerzen,…) |  |

Falls vorhanden bitte Brillenpass mitbringen

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endempfehlung |  |  |  |  |  |  |
| Datum des Termins |  |  |  |  |  |  |
| Untersuchungs-empfehlung | Innerhalb des 1. Lebensjahres | 2-3 Lebensjahr | 8 Wochen vor der Einschulung | Übergang 2-3 Klasse | Übertritt auf Weiterführende Schule | zusätzliche |