

ANTRAG AUF MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG

FÖD Soziale Sicherheit
Direction d'administration des
prestations aux personnes handicapées

Name, Adresse der Kindergeldinstitution:

Aktenzeichen:

Erster Antrag: Datum des Antrags:

Revision von amtswegen ab:

Datum des Antrags auf Revision:

Datum:

NAME: VORNAME: Geburtsdatum: Nationalnummer: Sprache: Sterbedatum: Geschlecht: WONHSITZ: Straße: Nummer: Postleitzahl: Land: Kontaktadresse Bei Herrn, Frau, in der Institution Straße: Nummer: Postleitzahl: Land:
--



Verwaltungsdirektion für
Behindertenbeihilfen
Erhöhte Kinderzulagen

**MEDIZINISCHES
FORMULAR**

(*ärztliche Schweigepflicht*)

**LASSEN SIE DIESES FORMULAR BITTE
DURCH IHREN HAUSARZT AUSFÜLLEN
UND FÜGEN SIE ES DEM
ANTRAGSFOMULAR FÜR EIN
MEDIZINISCHES GUTACHTEN IN
GESCHLOSSENEM UMSCHLAG BEI**

ATA

ALLGEMEINE ANGABEN ZUM(R) ANTRAGSTELLER(IN)

Name:

Vorname:

Geschlecht: M W

Geburtsdatum : Tag Monat Jahr

Nationalregisternummer:

WOHNSITZ

Straße: Nr.....Bfka :

PLZ:..... Ortschaft:.....

Telefonnummer:.....

**In einer Einrichtung oder einem anderen Ort als dem Wohnsitz
untergebracht:**

Straße :Nr.....Bfka.:.....

PLZ :Ortschaft :Telefonnummer:.....

ANGABEN ZUM AUSFÜLLENDEN ARZT

Name :

Adresse:

Telefon-/Faxnummer/E-mail:.....

INAMI/LIKIV-Nummer:

Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes

Erkrankungen

Diagnose:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wenn es sich um einen Antrag auf Überprüfung handelt, geben Sie bitte die Art der Veränderung der Erkrankung an sowie ihre Folgen für das Kind und die Familie seit dem letzten erfolgten Gutachten durch den medizinischen Dienst der Verwaltungsdirektion :

.....
.....
.....
.....

Festgestellte Einschränkungen:

.....
.....
.....
.....

- Seit dem (Datum der 1. Symptome): Monat Jahr
- Datum der Diagnose: Monat Jahr
- Datum des Behandlungsbeginns: Monat Jahr

Schulausbildung (Unterrichtsart : Regelunterricht/Sonderunterricht – normales Internat oder spezialisiertes Aufnahmezentrum, usw.

.....
.....
.....

Sonderunterricht seit: Monat Jahr

Adresse der Schuleinrichtung(en) oder des Aufnahmezentrums :

.....
.....
.....

Behandlungen:

.....
.....
.....

.....
Chirurgie:

.....
Datum (Daten)

.....
Krankenhausaufenthalt(e) (drei letzten Jahre):.....

.....
Medikamente: seit dem / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

Anmerkungen:.....

.....

	Beginn:	Frequenz:	Behandlungsort:
- Logopädie:
- Kinesitherapie:
- Ergotherapie:
- Psychotherapie:
- Frühhilfe zu Hause

Andere:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dauer der Behandlungen:

.....

.....

.....

Bitte angeben, ob die Behandlungen durchgehend oder unregelmäßig stattfinden:

.....
.....
.....
.....

Besondere Hilfeleistungen oder vorbeugende Maßnahmen:

..... ;
.....
.....
.....

Beizufügende Untersuchungsberichte oder besondere Gutachten.

Geistige Entwicklung:

Wo (Adresse und Telefonnummer) und wann (genaues Datum) wurde ein Entwicklungs-,
kognitives oder psychopädagogisches Gutachten erstellt ? (anerkanntes Zentrum, Klinik, PMS-
Zentrum, Reha-Zentrum, usw....) :

.....
.....
.....
.....
.....

ANMERKUNGEN :

.....
.....
.....

SEHVERMÖGEN

Wann wurde eine Störung zum ersten Mal festgestellt ?

Die vorliegende Untersuchung erfolgte am

Sehschärfe vor der Korrektur: rechtes Auge: linkes Auge:

- Sehschärfe nach der Korrektur: rechtes Auge: linkes Auge:
- Sehschärfe auf beiden Augen (beidseitig)
- (nach Korrektur):.....
- Sehfeld (nach Korrektur): rechtes Auge:linkes Auge:

HÖRVERMÖGEN:

Wann wurde eine Störung zum ersten Mal festgestellt?

Hörgerät/Cochlear-Implantat: nein / ja seit dem :

Untersuchung des Hörvermögens: Datum

- Tonaudiogramm: ja/nein

	Prothese	500	1000	2000 Hz	Durchschnitt
Rechts	Ohne				
Links	Ohne				
Rechts	Mit				
Links	Mit				

--	--	--	--	--

Vokalaudiometrie mit Prothese: ja/nein

Beizufügende Untersuchungsberichte oder besondere Gutachten.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST
SOZIALE SICHERHEIT



Verwaltungsdirektion für
Behindertenbeihilfen
Erhöhte Kinderzulagen

Mediko-soziales Formular

FRAGEBOGEN

Im Hinblick auf eine bessere Bearbeitung Ihrer Akte möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und ihn zusammen mit Ihrem Antrag zurückzuschicken. Sollte dieser Fragebogen jedoch nicht ausgefüllt sein, wird Ihrem Antrag dennoch Folge geleistet.

Dieser Fragebogen dient dazu, dem Arzt bei der Beurteilung der Situation Ihres Kindes zu helfen. Sie können ihn selber ausfüllen oder sich durch eine Drittperson (Arzt, Sozialassistentin) usw. helfen lassen.

Selbst wenn dieser Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt ist, bitten wir Sie, dennoch zu dem festgelegten Arzttermin zu erscheinen.

Nehmen Sie sich Zeit, die Sparten auszufüllen. Füllen Sie jedoch nur diejenigen aus, die sich auf Ihr Kind beziehen. Benutzen Sie die Wörter, die Ihnen am geeignetsten erscheinen, indem Sie so präzise wie möglich antworten.

Name und Vorname des Kindes:

.....

Familie des Kindes:

Alter des Vaters : der Mutter:

Wieviele Brüder gibt es ? Welches Alter ? Sind sie gesund ?

Wieviele Schwestern gibt es ? Welches Alter ? Sind sie gesund ?

.....

Über die Ausbildung und das Verhalten des Kindes :

Folgt das Kind einem Sonderunterricht oder angepasstem Unterricht (wenn schulpflichtig) ?

.....

Wenn ja, warum ?

Welche Art Sonderunterricht und wo ?

.....

.....

Wohnt das Kind in einer Einrichtung ? Wenn ja, in welcher ?

.....

.....

Finden regelmäßige oder lange Krankenhausaufenthalte statt ?

Wo und wann war das letzte Mal ?

.....

Welche Übungen (z.B. Logopädie, Psychomotorik, Ergotherapie) oder Begleitungen (Psychotherapie, usw.) nimmt das Kind in Anspruch?

.....

Wie oft ?

Folgt das Kind einem Unterricht zuhause ?

im Krankenhaus ?

Befindet es sich in einer schweren und langfristigen Behandlung ?

.....

Welche ?

Welche Begleit- oder Anregungsmaßnahmen werden dem Kind bei den Aufgaben zuhause angeboten (z.B. bei einem psychomotorischen Rückstand, bei Verhaltensauffälligkeiten oder sensorischen Störungen)?

.....
.....

Ist das Verhalten des Kindes normal ? Wenn nein, welche Störungen weist es auf ?

.....
.....

Ist die Erkrankung des Kindes Ursache für Schwierigkeiten in der Schule oder für Schwierigkeiten in der Beziehung mit den Kameraden?

Wenn ja ? Inwiefern ?

.....
.....

Andere nützliche Angaben :

.....
.....
.....
.....

Über die Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen:

Welche Schwierigkeiten hat das Kind zu sprechen ?

.....

In welcher Hinsicht ist sein Sehvermögen beeinträchtigt ?

.....

Welche Schwierigkeiten hat das Kind beim Verständnis oder beim Lesen?

.....

Andere nützliche Angaben :

.....
.....
.....

Über die Fortbewegung :

Welche Schwierigkeiten hat das Kind bei der Fortbewegung ?

.....

Benutzt das Kind Krücken, orthopädische Geräte, Prothesen oder andere Hilfsmittel?

.....

Benutzt das Kind einen Rollstuhl und wie oft ?

.....

.....

Welche Schwierigkeiten hat das Kind beim Fahrradfahren, beim Spielen und seinen sportlichen Aktivitäten?

.....

Welche Schwierigkeiten hat es beim Benutzen der öffentlichen Verkehrsmittel?

.....

Ist das Kind sich der Gefahren in Anbetracht seines Alters bewusst?

.....

Andere nützliche Angaben :

.....

.....

.....

Über die Behandlungen zuhause :

Medikamente : welche und wie oft am Tag ?

.....

.....

Spritzen: welche und wie oft am Tag, pro Woche oder pro Monat ?

.....

Intravenöse Behandlungen oder Pumpen, usw. ?

.....

Aerosole, Atmungskine, Atmungshilfen ?

.....

Wird das Kind mit Insulin behandelt ?

Folgt das Kind einer Diät? Welche ?

.....

Macht das Kind Kine zuhause, trägt es eine Prothese oder einen Apparat, Korsett oder Gips?

.....

Benötigt es Hautpflegemittel, Druckkleidung, Salben: Welche / Wie oft am Tag?

.....

Dialyse zuhause? Wie ?

.....

Trägt es eine Brille, eine Augenklappe, eine Augenprothese, Kontaktlinsen?

Hat es Hörprothesen oder ein Cochlear-Implantat?

Trägt es eine Gaumenplatte oder eine Zahnspange?

Wird der Schlaf des Neugeborenen mittels Monitoring überwacht?

Werden Maßnahmen wie Gastrostomietaschen, Magensonde, Darmspülungen, anale Dilatationen oder Nierenkatheter angewandt?

.....

Seit wann wird diese Behandlung zuhause durchgeführt?

.....

Andere nützliche Angaben :

.....

.....

Über die Fahrten für Behandlungen und medizinische Untersuchungen:

Hierbei handelt es sich um Fahrten der Familie für eine Behandlung über eine Zeitspanne von mehr als 3 Monaten. Die Fahrten für Besuche des Kindes oder Übernachtungen im Krankenhaus, in dem das Kind sich befindet, werden ebenfalls berücksichtigt.
Es handelt sich nicht um Fahrten zur Schule oder in Verbindung mit der Schule.

Fahrten wohin ?

Wie oft pro Woche ?

Andere nützliche Angaben :

Über die Ernährung, die Körperpflege, das An- und Ausziehen, die Wohnung und die Anpassung der Lebensgewohnheiten

Hat das Kind Schwierigkeiten beim Essen ?

Hat das Kind Probleme beim Schlucken ?

Worauf muss geachtet werden oder welche Vorkehrungen müssen getroffen werden hinsichtlich der Körperpflege oder der Hygiene?

Welche besonderen Sicherheitsvorkehrungen wurden im gesamten Haus getroffen ?

.....

Werden Maßnahmen getroffen, um der Allergie täglich zuhause vorzubeugen ?.....

Wenn ja, welche ?

.....

Ist es notwendig, dass ein Elternteil zuhause bleibt, um das Kind zu pflegen?

Wenn ja, warum ?

.....

Haben Sie Schwierigkeiten, eine gewöhnliche Aufnahme zu finden (Tagesmutter, Kinderkrippe),
(Infektionsrisiko, usw.) ?

.....

Welche Schwierigkeiten gibt es bei Jugendgruppen, sportlichen Aktivitäten oder
Ferienaufenthalten?

.....

Andere nützliche Angaben:

.....

.....

.....

**Name, Vorname und Telefonnummer der Person, die den Fragebogen
ausgefüllt hat :**

.....

Datum :

Unterschrift :

.....