



# Frühförderzentrum Hennef

Place Le Pecq | 53773 Hennef

Telefon 02242 / 90 90 757

Fax 02242 / 91 80 181

Internet [www.ffz-hennef.de](http://www.ffz-hennef.de)

E-Mail [info@ffz-hennef.de](mailto: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:

<b>U2</b>	3.-10. Lebenstag	vom: _____	bis: _____
<b>U3</b>	4.-9. Lebenswoche	vom: _____	bis: _____
<b>U4</b>	3.-4. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U5</b>	6.-7. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U6</b>	10.-12. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U7</b>	21.-24. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U7a</b>	34.-36. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U8</b>	48.-48. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U9</b>	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 1a	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Hilfs- BVG	Impf- mittel	Spr.-St. stoff	Begr- Bedarf	Pflicht	Apotheken-Nr. / IK
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten			6	7	8	9		
<input type="checkbox"/> noctu	Name, Vorname des Kindes Straße, Hausnummer PLZ, Ort			Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> Sonstige	Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.			Status		
<input type="checkbox"/> Unfall	XXXX			XXXX			XXXX		
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	XXXX			XXXX			XX.XX.XXXX		
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel					
<input type="checkbox"/> aut idem	<b>Eingangsdiagnostik interdisziplinäre Frühförderung</b>								
<input type="checkbox"/> aut idem	† <b>Diagnose (wie z.B.) Entwicklungsverzögerung</b>								
<input type="checkbox"/> aut idem	***** 666r								
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer							
Muster 16 (10.2014)									

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