

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

## Anlage 3

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung einer  
augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern zwischen  
der KNAPPSCHAFT und der KVSA

### Befundbogen Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei in der KNAPPSCHAFT versicherten Kindern (vollendeter 30. - 42. Lebensmonat)

**Einverständnis und Bestätigung des  
Erziehungsberechtigten für die  
Inanspruchnahme dieser Vorsorgeleistung**

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift

**Die Untersuchung erfolgte am:**

\_\_\_\_\_ Datum

#### Ergebnis:

Eine weitere Behandlung ist

☐ nicht notwendig

☐ notwendig

#### Hinweise für den Kinderarzt:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Augenarztes