

**Rückmeldebogen**  
**Kinder-Früherkennungsuntersuchungen**  
**bei Kindern ohne Screening-ID**

**Charité – Universitätsmedizin Berlin**  
**Einladungs- und Rückmeldewesen für**  
**Kinder-Früherkennungsuntersuchungen**  
**Augustenburger Platz 1**  
**13353 Berlin**

Praxis / Institut (Barcode / Stempel)

**Dieses Formular bitte nicht faxen**

**Aus datenschutzrechtlichen Gründen**  
**darf dieses Formular nur über den Postweg verschickt werden.**

**Bitte in Druckschrift ausfüllen**

|   |  |
|---|--|
| <p>Name:</p> <p>_____</p> <p>Vorname</p> <p>_____</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>W M</p>  |
| <p>Straße / Hausnummer:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>Untersuchungsdatum</p> <p>_____</p> <p>Geburtsdatum</p>  |
| <p>PLZ:</p> <p>_____</p> <p>Ort:</p> <p>_____</p>     | <p>Durchgeführte Früherkennungsuntersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>U4 U5 U6 U7 U7a U8 U9</p> |
| <p>Kinder-Untersuchungsheft lag vor</p>               | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>JA NEIN</p>  |