

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

Praxisstempel/ Barcode

**Dieses Formular bitte nicht faxen**

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

**Bitte in Druckschrift ausfüllen**

<p><b>Name:</b></p> <p>.....</p> <p><b>Vorname:</b></p> <p>.....</p> <p><b>Straße / Hausnummer:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>PLZ:</b></p> <p>.....</p> <p><b>Ort:</b></p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> W                      <input type="checkbox"/> M         </p> <hr/> <p style="text-align: center;">           .....            Untersuchungsdatum         </p> <p style="text-align: center;">           .....            Geburtsdatum         </p> <p style="text-align: center;"><b>Durchgeführte Früherkennungsuntersuchung</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> U4    <input type="checkbox"/> U5    <input type="checkbox"/> U6    <input type="checkbox"/> U7    <input type="checkbox"/> U7a    <input type="checkbox"/> U8    <input type="checkbox"/> U9         </p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Screening – ID Etiketten den Eltern zusenden</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> JA                      <input type="checkbox"/> NEIN         </p>
<p><b>Anmerkungen (siehe Kurzinformation für Einsender):</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

