

# Anleitung zum Screening-ID-Dokumentationsbogen

## BASISTEIL

**Zuordnung Screening-ID zum Kind**  
(erfolgt durch einkleben in die vordere Innenseite des „Gelben Heftes“)

Dokumentation von:  
 - Neugeborenen-Screening  
 - Neugeborenen-Hörscreening

## SCREENING-ID

1x für die **Screeningkarte** (siehe Nr. 3)

7x zur Verwendung laut KiSchuG  
(Rückmeldeverfahren bei erfolgter Vorsorgeuntersuchung **U4 - U9**)

4x zur **Reserve**

**Hörscreening-Dokumentation**

für Ihre Patientenakte

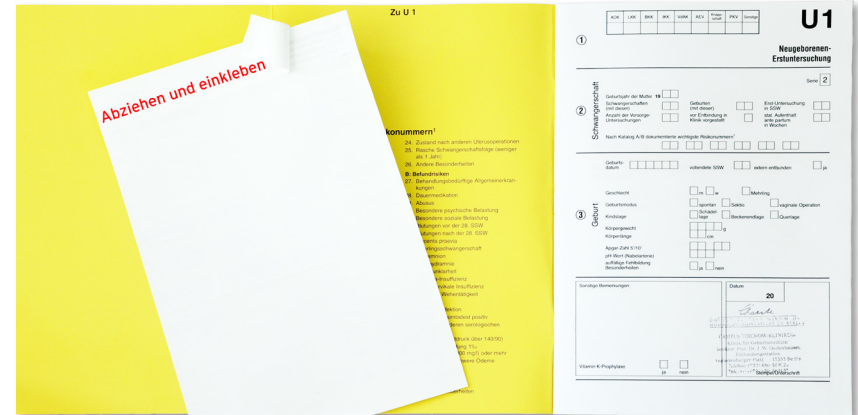
Dokumentation des **Stoffwechselscreenings**  
für Ihre Patientenakte

**Hörscreening-Nachmeldung/Kontrolle**

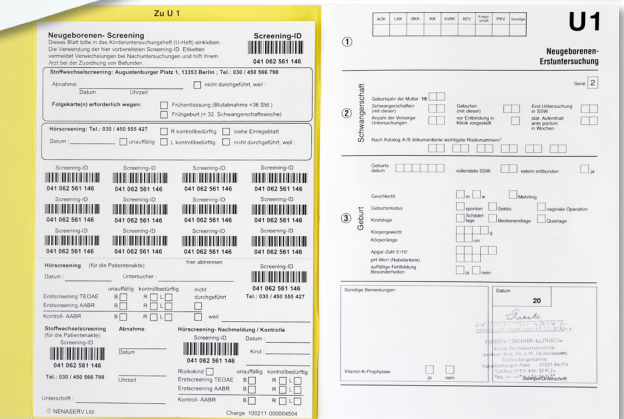
Etikett bitte per Formblatt an die Hörscreening-Zentrale senden.

Nach Entlassung aus der Geburtsklinik kann der untere Teil vom Screening-ID-Dokumentationsbogen entfernt werden.

1 Bitte ziehen Sie die Folie, wie auf dem Foto zu sehen, vom Dokumentationsbogen.



2 Hier wird der Screening-ID-Dokumentationsbogen eingeklebt.



**Neugeborenen- Screening**  
Dieses Blatt bitte in das Kinderuntersuchungsheft (U-Heft) einkleben. Die Verwendung der hier vorbereiteten Screening-ID Etiketten vermeidet Verwechslungen bei Nachuntersuchungen und hilft Ihrem Arzt bei der Zuordnung von Befunden.

**Screening-ID**  
031 069 261 125

**Stoffwechselscreening:** Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin ; Tel.: 030 / 450 566 798

Abnahme: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_  nicht durchgeführt, weil:

Folgekarte(n) erforderlich wegen:  Frühentlassung (Blutabnahme <36 Std.)  
 Frühgeburt (< 32. Schwangerschaftswoche)

Hörscreening: Tel.: 030 / 450 555 427  R kontrollbedürftig  siehe Einlegeblatt  
Datum: \_\_\_\_\_  unauffällig  L kontrollbedürftig  nicht durchgeführt, weil:

Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125
Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125
Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125	Screening-ID 031 069 261 125

hier abtrennen

**Hörscreening** (für die Patientenakte) **Screening-ID**  
Datum: \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_  
031 069 261 125  
Tel.: 030 / 450 555 427

Erstscreening TEOAE B  R  L   nicht durchgeführt  
Erstscreening AABR B  R  L

Kontroll- AABR B  R  L  weil:

**Stoffwechselscreening** (für die Patientenakte) **Abnahme:**  
Screening-ID  
031 069 261 125  
Datum \_\_\_\_\_  
Uhrzeit \_\_\_\_\_  
Tel.: 030 / 450 566 798  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Hörscreening- Nachmeldung / Kontrolle**  
Screening-ID  
031 069 261 125  
Datum \_\_\_\_\_ Kind: \_\_\_\_\_  
Risikokind  unauffällig  kontrollbedürftig  
Erstscreening TEOAE B  R  L   
Erstscreening AABR B  R  L   
Kontroll- AABR B  R  L

© NENASERV Ltd. Charge 100211 000004502

3 Kleben Sie bitte die Screening-ID in das hierfür vorgesehene Feld auf der Screening-Karte.

Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:  
**ADK LKK BKK IKK VdAK AEV Knappschaff UV** Labor-Nr.:  
 Telefonnummer der Mutter mit Vorzahl: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
 kassen-Nr. \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_  
 Versicherungsart:  privat  gesetzlich  andere  
 Telefonnummer des Ehepartners mit Vorzahl: \_\_\_\_\_  
 Abrechnung:  Privat (Bitte Unterschrift der Mutter auf der Rückseite)

**Leerkarten-Grund:**  verstorben  verheiratet  verheiratet  
 geschieden  verwitwet  andere

Daten des Kindes: \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Gestationswoche: \_\_\_\_\_  
 Mütterliche  väterliche  unklar   
 Mütterliche  väterliche  unklar   
 Mütterliche  väterliche  unklar

Screening-ID  
031 069 261 125

4 Sollte zum Zeitpunkt der Blutentnahme noch kein Hörscreening-Ergebnis vorliegen, übersenden Sie bitte den Befund per Hörscreening-Nachmelde-Etikett direkt an den Arbeitskreis für Hörscreening.

Für die Kinder, bei denen dieser Hörscreening-Dokumentations-Bogen erforderlich ist, verwenden Sie bitte eine Reserve-Screening-ID.  
 Diese wird auf Blatt 1 (weiß) vom **Hörscreening-Dokumentationsbogen** geklebt und an den Arbeitskreis für Hörscreening verschickt. Der gelbe Bogen verbleibt im gelben Heft, der grüne Bogen ist für Ihre Patientenakte bestimmt.



**Screening-ID**  
Bitte hier einkleben.

**Neugeborenen - Hörscreening Dokumentationsbogen**  
Dreifachdurchschreibsatz: Blatt 1 an Arbeitskreis, Blatt 2 in Vorsorgeheft, Blatt 3 in Patientenakte

Risikokind: ja  nein

Geburtsname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Einbindungsmöglichkeit: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Durchführung der Untersuchung nach Anweisung von Eltern oder Personensorgeberechtigten abgelehnt am: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Personensorgeberechtigten \_\_\_\_\_  
 Stempel/ärztl. Unterschrift \_\_\_\_\_

Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR, in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen durchgeführt am: \_\_\_\_\_

TEOAE rechts  unauffällig  links  Kontrollbedarf   
 oder rechts  links  links  links

AABR rechts  links  rechts  links  Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_