



Screening-Labor Hannover

Dr. med. Dr. rer. nat. Nils Janzen
Facharzt für Laboratoriumsmedizin



Postfach 91 10 09 30430 Hannover
Telefon: 05108 92163- 0
Fax: 05108 92163-19
Email: labor@metabscreen.de
Homepage: www.metabscreen.de

Einsender:

Blutentnahme im Auftrag von:
(Bitte komplette Anschrift angeben!)



Telefon:

Fax:

Befundfax:

Dieser Bereich ist nur vom Labor auszufüllen!

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Untersuchungsauftrag Neugeborenen-Screening / Mukoviszidose-Screening

Daten des Kindes:

Daten der Mutter:

Familiennamenfeld

Familiennamenfeld

Vornamefeld

Vornamefeld

Geburtsdatum und Uhrzeit

Geburtsdatum der Mutter

Entnahmedatum und Uhrzeit

Straße, Hausnummer

Geburtsgewicht [g]

PLZ Ort

Geburtenbuchnummer o.Ä. männl. weibl. unbest. Mehrling

Telefon (bitte für eventuelle Rückfragen IMMER angeben)

Frühere Screening-Untersuchungen?

Name der Krankenkasse

nein ja

Labornummer, falls bekannt

Kassen- bzw. Versicherungs-Nr.
 Versichertennummer

In einem anderen Labor

Privat versichert (PKV)

Therapie vor/während der Blutentnahme

Weitere Angaben / Diagnosen / Therapien / Anforderung einzelner Tests

- Hochkonzentrierte Glucose
- Katecholamine
- Aminosäuren-Infusion
- Transfusion (Ery/FFP/Sonstige)
- Steroide
- Carnitin

.....
.....
.....
.....

- Ich wünsche **KEIN** Mukoviszidose-Screening.
Über die Risiken des Verzichts auf das Mukoviszidose-Screening wurde ich aufgeklärt.
- Ich wünsche **KEINE** Teilnahme an der Studie zur Durchführung zusätzlicher Screening-Parameter.

Der Patient wurde ordnungsgemäß über das Screening aufgeklärt. Die Aufklärung beinhaltet das Mukoviszidose-Screening und die Möglichkeit des Verzichts.

Die schriftliche Einwilligung für die Untersuchung liegt vor. Der Weitergabe einer Befundkopie an weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte wurde zugestimmt.

Bei Hebammen: Ein ärztlicher Auftrag zur Blutentnahme liegt vor. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich wurde ordnungsgemäß über das Screening aufgeklärt. Das gilt auch für das Mukoviszidose-Screening und die Möglichkeit des Verzichts.

Der Weitergabe einer Befundkopie an weiter- oder mitbehandelnde Ärzte und Hebammen wird zugestimmt, ebenso der Übermittlung der Ergebnisse eventueller weiterführender Untersuchungen an das Screening-Labor.

Nur Selbstzahler/Privatversicherte: Einer privaten Abrechnung gemäß GOÄ stimme ich zu. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Datum
 Arzt/Ärztin o. Hebamme

Datum
 Sorgeberechtigte(r)

Ergänzende individuelle Laborleistungen aus Trockenblut

Steroid-Profil, Hämoglobinopathien (Sichelzell-Krankheit),
Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel u. a.
Weitere Leistungen siehe www.metabscreen.de

UN 6.7 Stand 10/2019

