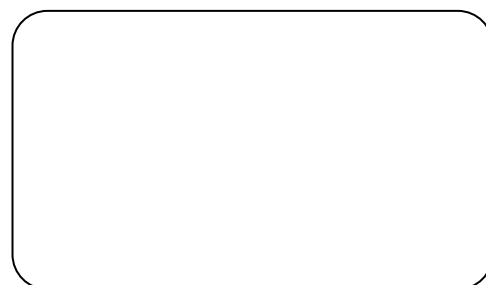


| | |
|--|---------------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger (Kind) <input type="checkbox"/> Privatpatient | |
| Name, Vorname und Adresse des Versicherten (Kind) | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. (Mutter) |

Becker, Olgemöller & Kollegen
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin
Neugeborenen-Screening
Ottobrunnerstraße 6, 81737 München
Telefon 089 / 544 654-0
Telefax 089 / 544654-10

Untersuchungsantrag für Hebammen



- Neugeborenen-Screening (TSH, AGS, Biotinidase, Carnitin-Stoffwechseldefekte, Galaktosämie, Phenylketonurie, Ahornsiruperkrankung, Glutarazidurie, Isovalerianazidämie, MCAD-, LCAD- und VLCAD-Mangel)

Bitte angeben:

- Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes
- Krankenkasse, Name des Versicherten
- Versichertennummer der Mutter



Barcode-Etikett
bitte hier exakt einkleben!

Unterschrift, Stempel und Barcode auch auf diesem Untersuchungsantrag nicht vergessen.

(Felder der Filterpapierkarte bitte ebenfalls vollständig ausfüllen, mit Barcode versehen und Etikett in das Kinderuntersuchungsheft kleben. Für die Durchführung des Screenings und die Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung sind leider beide Formulare notwendig.)

Das Neugeborenen-Screening kann nach §7 GenDG nur von Ärzten durchgeführt werden, die Blutentnahme kann durch die Hebamme im ärztlichen Auftrag erfolgen.

Verantwortlicher Arzt:

(Name in Druckbuchstaben)

(Unterschrift)

Die schriftliche Einverständniserklärung liegt vor.

Mit der Übersendung eines Zweitbefundes an die Hebamme erkläre ich mich einverstanden:

Unterschrift des Sorgeberechtigten