

Neugeborenen-Screening

Screening-Zentrum an der Universitätsmedizin Greifswald

Stoffwechselscreening: Sauerbruchstraße, 17475 Greifswald

Hörscreening: Walther-Rathenau-Str. 43-45, 17475 Greifswald

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



081 273 957 888

Stoffwechselscreening: 03834 / 86 63 82

Abnehmende Einrichtung

Abnahme:

Datum _____ Uhrzeit _____

nicht durchgeführt, weil: _____

Zweitkarte(n) erforderlich wegen:

Frühentlassung (Blutabnahme <36 Std.)

Frühgeburt <32. Schwangerschaftswoche

Hörscreening: 03834 / 86 62 87

Dokumentation Hörscreening auf dem Blatt vor der U2

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Screening-ID



081 273 957 888

Hörscreening (für die Patientenakte)

hier abtrennen

Datum: _____ Untersucher: _____

nicht durchgeführt, weil: _____

unauffällig

kontrollbedürftig

TEOAE AABR

Erstscreening

R L

Nachscreening

R L

Screening-ID



081 273 957 888

Mecklenburg-Vorpommern

03834 / 86 62 87

Stoffwechselscreening
(für die Patientenakte)

Screening-ID



081 273 957 888

Abnahme:

Datum _____

Uhrzeit _____

Stoffwechselscreening
(für die Arbeitsliste)

Screening-ID



081 273 957 888

Befund:

unauffällig

auffällig

Eingangsdatum _____

Mecklenburg-Vorpommern

03834 / 86 63 82

Unterschrift: _____

Kind: _____

Geb.Datum: _____

Abnahme am: _____