

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

Labor Becker & Kollegen MVZ GbR
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin

Neugeborenen-Screening
Otto Brunner Str. 6 - 81737 München
 Telefon 089 / 544 654-0
 Telefax 089 / 544 654-10

Untersuchungsantrag für
Hebammen / Entbindungspfleger



- Mukoviszidose (CF)-Screening**
- Cystinose- und Spinale Muskelatrophie (SMA)-Screening**

- Erweitertes Neugeborenen-Screening**
 Adrenogenitales Syndrom, Ahornsirupkrankheit, Biotinidasemangel, Carnitinzyklusdefekte, Galaktosämie, Glutarazidurie Typ I, Hypothyreose, Isovalerianazidämie, LCHAD-, VLCAD-Mangel, MCAD-Mangel, Phenylketonurie, Carnitin-Mangel, Citrullinämie, Galaktokinase-Mangel, Hydroxy-Methyl-Glutaryl-CoA-Lyase-Mangel, Tyrosinämie Typ I, Malonazidurie, Methylmalonazidurie, Störungen im Vitamin B₁₂-Stoffwechsel, Multipler Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel, Propionazidämie, Remethylierungs-Störungen (MTHFR, CbID, CbIE, CbIG)

- Nur Zielerkrankungen (gemäß den Screeningrichtlinien aus dem Jahr 2010)**
 Adrenogenitales Syndrom, Ahornsirupkrankheit, Biotinidasemangel, Carnitinzyklusdefekte, Galaktosämie, Glutarazidurie Typ I, Hypothyreose, Isovalerianazidämie, LCHAD-, VLCAD-Mangel, MCAD-Mangel, Phenylketonurie

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 durch die Hebamme oder einen Entbindungspfleger ist im ärztlichen Auftrag möglich.
 Insbesondere darf ein **Screening auf Mukoviszidose (CF) bzw. Cystinose/Spinale Muskelatrophie (SMA)** nicht ohne ärztliche Aufklärung erfolgen. **Die Angabe des verantwortlichen Arztes sowie die persönliche ärztliche Unterschrift sind zwingend erforderlich.** Sollte die Blutabnahme ohne ärztliche Aufklärung erfolgen, kreuzen Sie bitte auf der Filterkarte die Felder „ohne CF-Screening“ und „ohne Cystinose/SMA-Screening“ an oder vermerken dies im Feld „Sonstiges“.

Verantwortlicher Arzt:

 (Name in Druckbuchstaben)



 (Ärztliche Unterschrift)

Die schriftliche Einverständniserklärung liegt vor.

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



 Unterschrift eines/einer Sorgeberechtigten

 Praxisstempel oder Name/Adresse in Druckbuchstaben