







## Zur Verwendung Ihrer neuen Barcode-Seiten:

 <p><b>Screening-Labor Hannover</b> PF 91 10 09 30430 Hannover</p> <p><b>Angaben zum Neugeborenen</b></p> <p>10000001    <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> W   <input type="checkbox"/> U</p> <p>Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____ : _____ h Entnahme: _____ : _____ h Befund erhalten: _____</p> <p><b>Zweitscreening erforderlich</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blutentnahme &lt; 36. Lebensstd. <input type="checkbox"/> Frühgeburt &lt; 32. SSW <input type="checkbox"/> Erstscreening auffällig</p>	<p><b>Die Barcodes sind Einsender-spezifisch, bitte nicht weitergeben !</b></p>				
	<p>Vorsorgeheft</p> <p><b>Neugeborenen-Screening</b> Screening-Labor Hannover PF 91 10 09, 30430 Hannover 10000001</p> <p><b>Mukoviszidose-Screening</b> Screening-Labor Hannover PF 91 10 09, 30430 Hannover 10000001</p>	<p>Screeningkarte</p> 	<p>Patienten-Akte</p> 	<p>Überweisungs- und Begleitscheine</p> 	

Alle Barcodes für **einen** Patienten/Auftrag befinden sich in **einer** Reihe, überzählige Barcodes bitte **nicht** für weitere Patienten/Aufträge verwenden.

 <p><b>Screening-Labor Hannover</b> PF 91 10 09 30430 Hannover</p> <p><b>Angaben zum Neugeborenen</b></p> <p>10000001    <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> W   <input type="checkbox"/> U</p> <p>Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____ : _____ h Entnahme: _____ : _____ h Befund erhalten: _____</p>
--

<p><b>Vorsorgeheft</b></p> <p><b>Neugeborenen-Screening</b> Screening-Labor Hannover PF 91 10 09, 30430 Hannover 10000001</p> <p><b>Mukoviszidose-Screening</b> Screening-Labor Hannover PF 91 10 09, 30430 Hannover 10000001</p>
---

<p style="text-align: right;">Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Kinderuntersuchungsheft</b></p> <p><small>Bitte bringen Sie Ihr Kind zur Untersuchung:</small></p> <p><b>U2</b> 0 - 18 Lebensmonat    vom _____ bis _____</p> <p><b>U3</b> 18 - 36 Lebensmonat    vom _____ bis _____</p> <p><b>U4</b> 3 - 5 Lebensjahre    vom _____ bis _____</p> <p><b>U5</b> 5 - 7 Lebensjahre    vom _____ bis _____</p> <p><b>U6</b> 7 - 10 Lebensjahre    vom _____ bis _____</p> <p><b>U7</b> 11 - 14 Lebensjahre    vom _____ bis _____</p> <p><b>U7a</b> 14 - 16 Lebensjahre    vom _____ bis _____</p> <p><b>U8</b> 16 - 18 Lebensjahre    vom _____ bis _____</p> <p><b>U9</b> 18 - 24 Lebensjahre    vom _____ bis _____</p> <p><small>Dieses Untersuchungsheft ist auch für den Zeitraum vom Kindesalter bis zum Erwachsenenalter gültig.</small></p> 
--

Verwenden Sie Ihre Barcode-Seiten als **Geburtsbuch**, indem Sie die Patientendaten auf der linken Seite manuell eintragen.

Die Aufkleber für das Neugeborenen- und Mukoviszidose-Screening werden in das gelbe Untersuchungsheft des Kindes eingeklebt.



**Screening-Labor Hannover**  
PF 91 10 09  
30430 Hannover

**Die Barcodes sind Einsender-spezifisch,  
bitte nicht weitergeben !**

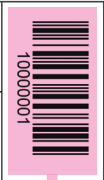



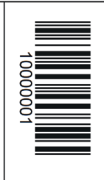
**Angaben zum Neugeborenen**

1000001  M  W  U

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. am: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h  
Entnahme: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h  
Befund erhalten: \_\_\_\_\_

**Zweitcreening erforderlich**

Blutentnahme < 36. Lebensstd.  
 Frühgeburt < 32. SSW  
 Erstscreening auffällig

Vorsorgeheft	Screeningkarte	Patienten-Akte	Überweisungs- und Begleitscheine		
<b>Neugeborenen-Screening</b> Screening-Labor Hannover PF 91 10 09, 30430 Hannover 10000001  <b>Mukoviszidose-Screening</b> Screening-Labor Hannover PF 91 10 09, 30430 Hannover 10000001					

Der **Barcode** wird auf die vorgesehene Stelle der **Screeningkarte** geklebt.

**Kostenträger**


gesetzlich versichert  Krankenkasse oder IK-Nummer \_\_\_\_\_  
 Privat/Selbstzahler  Versicherten-Nummer \_\_\_\_\_

**Neugeborenes** Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdag: \_\_\_\_\_ Geburtszeit: \_\_\_\_\_ Geburtenbuch-Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum Probennahme: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  M  W  U  
Geb.-Gewicht [g]: \_\_\_\_\_ SSW: \_\_\_\_\_ +T: \_\_\_\_\_  
Weitere Angaben/Diagnostik/Fragestellung: \_\_\_\_\_  
Bitte ggf. Nummer der Erstkarte angeben: \_\_\_\_\_

**Mutter** Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße + Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Eltern: Vorwahl - Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Meconiumleus  
**Vor oder während der Blutentnahme:**  
 parenterale Ernährung  
 Katecholamine  
 Steroide  
 Glukose > 10%  
**Letzte Gabe von:**  
 EK am: \_\_\_\_\_  
 TK am: \_\_\_\_\_  
 FFP am: \_\_\_\_\_

Mukoviszidose-Screening (CF) abgelehnt  erweiterte Screening-Parameter (Studie) abgelehnt

**Screening-Labor Hannover**  
010101  


Füllen Sie den **Auftragschein** an der Trockenblutkarte vollständig aus und trennen Sie diesen **nicht** ab.

Patienten-Akte	Überweisungs- und Begleitscheine		
			

Verwenden Sie die übrigen Barcodes für die Patientenakte sowie für weitere Laboranforderungen oder auf Überweisungs- und Begleitscheinen.

