



Standort Leipzig
 Paul-List-Str. 13-15
 04103 Leipzig
 Tel.: 0341-9726274
 Fax: 0341-9722359

Anstalt öffentlichen Rechts
 Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische
 Chemie und Molekulare Diagnostik
 Direktor: Prof. Dr. med. Joachim Thiery



Untersuchungsantrag für das Neugeborenscreening für Hebammen

Screening-ID

Einsender
 Barcode

Name Vorname Geburtsdatum des Kindes

Die Eltern/der gesetzliche Vertreter des Neugeborenen sind vor der Durchführung des Screenings über das Neugeborenscreening inklusive Mukoviszidose und mit Unterstützung unseres Informationsblattes durch den verantwortlichen Arzt (GenDG §7) aufzuklären.

Wurde die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger verantwortlich geleitet, so soll sie/er in gegenseitigem Einvernehmen einen verantwortlichen Arzt benennen, der die Aufklärung durchführt. Die Benennung ist mit Unterschrift und Arztstempel auf dem Antrag zu dokumentieren (A). Ist eine Benennung ausnahmsweise nicht möglich, kann die Hebamme /der Entbindungspfleger nur das Neugeborenscreening, aber nicht das Mukoviszidosescreening in eigener Verantwortung durchführen, wenn die Rückfragemöglichkeit an einen Arzt gewährleistet ist (B).

Für die Durchführung des Neugeborenscreenings inklusive Mukoviszidose und die Abrechnung sind sowohl dieser Antrag als auch die Dokumentation der Einwilligung der Eltern/ des gesetzlichen Vertreters auf der Rückseite der Filterpapierkarte notwendig (C). Für die Kostenübernahme bei besonderen Kostenträger (z.B. Sozialamt) benötigen wir zusätzlich einen Nachweis (Behandlungsschein oder formlos) bzgl. der Kostenübernahme vom Kostenträger.

Arzt

Verantwortlicher Arzt:

Ort, Datum

Stempel mit LANR

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Hebamme

(B) Die Benennung eines verantwortlichen Arztes ist ausnahmsweise nicht möglich. Die Rückfragemöglichkeit an einen Arzt wird gewährleistet. **Ich weiß, dass in diesem Fall das Neugeborenen-screening ohne Mukoviszidose durchgeführt wird. Das Mukoviszidosescreening kann nach ärztlicher Aufklärung nachgeholt werden.**

Ort, Datum

Unterschrift der Hebamme/ des Entbindungspfleger

Eltern

(C) Mit der Übersendung einer Kopie des Befundes an Hebamme/ den weiterbehandelnden Kinderarzt erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ des gesetzlichen Vertreters