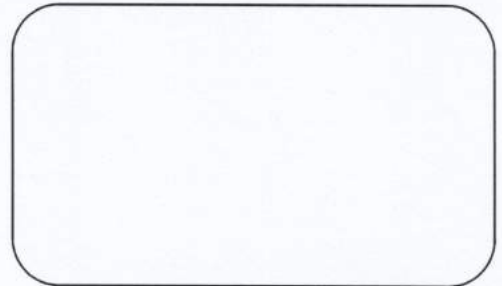


Krankenkasse bzw. Kostenträger (Kind) <input type="checkbox"/> Privatpatient	
Name, Vorname und Adresse der/s Versicherten (Kind)	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr. (Sorgeberechtigte/r)

**Labor Becker & Kollegen MVZ GbR**  
**Fachärzte für Laboratoriumsmedizin**

Neugeborenen-Screening  
 Ottobrunner 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, Hypertyrosinämie 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 der/s Versicherten
- Versichertennummer der/s Sorgeberechtigten



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)** 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 das Feld „ohne CF-Screening“ an.

**Verantwortlicher Arzt:**

\_\_\_\_\_  
 (Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
 (Ärztliche Unterschrift)

Praxisstempel oder Name/Adresse in Druckbuchstaben

**Die schriftliche Einverständniserklärung liegt vor.**

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift eines/einer Sorgeberechtigten