



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde  
Trackingstelle Hörscreening  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

**Hinweise:**

Dieser Meldebogen ist für mehrere Kinder (unterschiedl. Screening-ID's) oder auch für mehrere Untersuchungen bei einem Kind (gleiche Screening-ID für das gleiche Kind) auszufüllen.

Bitte entnehmen Sie eine **Screening-ID (Barcode-Etikett)** aus dem **gelben Untersuchungsheft** des Kindes und kleben Sie dieses an die dafür vorgesehene Stelle.

Bitte verschicken Sie diesen Bogen **wöchentlich** (per Post) an die nebenstehende Adresse, auch wenn noch nicht alle möglichen Positionen ausgefüllt werden konnten.

Rückfragen unter Tel.: 0351 458-3988 oder Fax: 0351 458-5891.

**Bitte leserlich und in Druckschrift ausfüllen!**

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b> pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>		pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b> pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>		pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein

Risikogruppe: ja  nein

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b> pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>		pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b> pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>		pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein

Risikogruppe: ja  nein

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b> pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>		pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b> pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>		pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein

Risikogruppe: ja  nein

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b> pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>		pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b> pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>		pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein

Risikogruppe: ja  nein

b.w.

**Bitte leserlich und in Druckschrift ausfüllen!**

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
 Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein   
 Risikogruppe: ja  nein

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
 Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein   
 Risikogruppe: ja  nein

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
 Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein   
 Risikogruppe: ja  nein

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
 Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein   
 Risikogruppe: ja  nein

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von:..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

Kind:  
 Name: ..... nicht durchgeführt weil, ..... Screening-ID  
Barcode

	<b>rechts</b>		<b>links</b>	
Vorname: .....	<b>TEOAE</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	
	<b>AABR</b>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	pass <input type="checkbox"/> fail <input type="checkbox"/>	

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein   
 Risikogruppe: ja  nein