

Screeninglabor Leipzig

Leitung: Prof. Dr. rer. nat. Uta Ceglarek  
Telefon: 0341-9726274  
Fax: 0341-9722359  
E-Mail: screening@medizin.uni-leipzig.de  
www.screeningzentrum-sachsen.de

Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik  
Direktor: Prof. Dr. med. Berend Isermann



Universitätsklinikum Leipzig AöR, Screeninglabor Leipzig  
Postfach 500356, 04303 Leipzig

Datum: 05.09.2023

Untersuchungsantrag für das Neugeborenencreening für Hebammen

Screening-ID

Einsender Barcode

Name, Vorname

Geburtsdatum des Kindes

Krankenkasse des Kindes

Die Eltern/Vorsorgeberechtigten des Neugeborenen sind durch die verantwortliche ärztliche Person (GenDG §7) vor der Durchführung des Screenings über das Neugeborenencreening inklusive Mukoviszidose aufzuklären.

Wurde die Geburt durch eine Hebamme verantwortlich geleitet, so soll sie/er in gegenseitigem Einvernehmen eine verantwortliche ärztliche Person 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 nur das Erweiterte Neugeborenencreening, aber nicht das Mukoviszidose-Screening in eigener Verantwortung durchführen, sofern die Rückfragemöglichkeit an eine Ärztin oder einen Arzt gewährleistet ist (B).

Für die Durchführung des Neugeborenencreenings inklusive Mukoviszidose und dessen Abrechnung sind sowohl dieser Antrag als auch die Dokumentation der Einwilligung der Eltern/Vorsorgeberechtigten auf der Vorderseite der Filterpapierkarte im vorgesehenen Feld notwendig (C). Bei besonderen Kostenträgern (z.B. Sozialamt) benötigen wir zusätzlich einen entsprechenden Nachweis (Behandlungsschein oder formlos) bzgl. der Kostenübernahme durch den Kostenträger.

(A) Die schriftliche Einverständniserklärung der Eltern/Vorsorgeberechtigten für die Durchführung des Neugeborenencreenings inklusive Mukoviszidose sowie die Blutprobengewinnung liegt vor. Die Eltern/Vorsorgeberechtigten wurden von mir zuvor umfassend gemäß § 9 Abs. 2 GenDG über den Inhalt aufgeklärt.

Verantwortliche/-r Ärztin/Arzt:

Stempel mit LANR

Ort, Datum

Unterschrift verantwortliche/-r Ärztin/Arzt

(B) Die Benennung einer verantwortlichen fachärztlichen Person ist ausnahmsweise nicht möglich. Die Rückfragemöglichkeit an eine/-n Ärztin/Arzt wird gewährleistet. **Ich weiß, dass in diesem Fall das Neugeborenencreening ohne das Mukoviszidose-Screening durchgeführt wird. Das Mukoviszidose-Screening kann nach ärztlicher Aufklärung nachgeholt werden.**

Ort, Datum

Unterschrift der Hebamme

(C) Mit der Übersendung einer Kopie des Befundes an die Hebamme/die weiterbehandelnde kinderärztliche Praxis erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Vorsorgeberechtigten

Fachärztliches Personal

Hebamme

Eltern