

**Screeninglabor Dresden**

Dr.rer.nat. Marina Stopsack  
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden  
 Tel. 0351 458 5230, Fax. 0351 458 5827  
 e-mail: [swscreening@uniklinikum-dresden.de](mailto:swscreening@uniklinikum-dresden.de)  
[www.screeningzentrum-sachsen.de](http://www.screeningzentrum-sachsen.de)



**Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
 Jugendmedizin**  
 Direktor: Prof. Dr.med. Manfred Gahr

**Gebrauchsanleitung Screening-ID**

Jedem Neugeborenen wird mit der Ausgabe des Kinderuntersuchungsheftes eine sogenannte Screening-ID in Form von Barcode-Etiketten zugeordnet. Sie wird durch den jeweiligen Kreißsaal ausgegeben und in das Kinderuntersuchungsheft (innere Umschlagseite oder Leerseite vor U2) eingeklebt.

Anhand der Screening-ID können die Personendaten von Kind und Mutter eindeutig und verwechslungssicher Verlaufsuntersuchungen zugeordnet und dem Tracking bei kontrollbedürftigem Hörtest bereitgestellt werden. Damit ermöglicht die Screening-ID eine effektivere und sichere Qualität des Screeningprozesses und die statistische Auswertung der Screenings.

Im oberen Teil werden die Früherkennungsuntersuchungen für den weiterbehandelnden (Kinder)Arzt und eventuell erforderliche Kontrollen dokumentiert. Die Telefonnummern des Stoffwechselscreenings und des Hör-screening-Trackings ermöglichen dem nachbehandelnden Arzt eine Befundrückfrage.

Die ID-Nummer dient zur Kennzeichnung von:

- Leerkarten bei ambulanter Geburt
- Stoffwechsel-Erstscreenings und evtl. Folgeuntersuchungen und Kontrollen
- Hörtest-Berichten

Die Aufkleber im unteren Drittel dienen der Dokumentation von Stoffwechsel- und Hör-screening in der Patientenakte.

**Neugeborenen-Screening Sachsen**  
 Screening-Zentrum am Universitätsklinikum Dresden  
 Fetscherstrasse 74, 01307 Dresden

**Screening-ID**  
  
 051 020 216 063

Dieses Blatt bitte in das Kinderuntersuchungsheft (U-Heft) einkleben.  
 Die Verwendung der hier vorbereiteten Screening-ID Etiketten vermeidet Verwechslungen bei Nachuntersuchungen und hilft Ihrem Arzt bei der Zuordnung von Befunden.

**Stoffwechselscreening** 0351 / 4 58 52 30

Abnahme: \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

nicht durchgeführt, weil: \_\_\_\_\_

**Zweitkarte(n) erforderlich wegen:**

Frühentlassung (Blutabnahme <36 Std.)

Frühgeburt <32. Schwangerschaftswoche

**Hörscreening** 0351 / 4 58 29 85

nicht durchgeführt, weil: \_\_\_\_\_

	unauffällig	kontrollbedürftig	TEOAE	AABR
Erstscreening	<input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
Nachscreening	<input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>

Risikoneugeborenes

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

hier abtrennen

**Hörscreening** (für die Patientenakte)

Datum: \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_

nicht durchgeführt, weil: \_\_\_\_\_

	unauffällig	kontrollbedürftig	TEOAE	AABR
Erstscreening	<input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
Nachscreening	<input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Dresden  
 0351 / 4 58 29 85

**Stoffwechselscreening** (für die Patientenakte)

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Dresden  
 0351 / 4 58 52 30

Name in Druckschrift: \_\_\_\_\_

**Stoffwechselscreening** (für die Arbeitsliste)

Screening-ID  
  
 051 020 216 063

Kind: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Abnahme am: \_\_\_\_\_

Screening-ID

071 008 560 353

**Befund:**

unauffällig

auffällig

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

© NENASERV Ltd. Charge 071127 00000006

## Ausfüllen der Leerkarte bitte markierte Felder ausfüllen

Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:

Markenklasse bzw. Modellnummer: \_\_\_\_\_ Labor-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 Kassen-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_  
 Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_ Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Screening-ID: \_\_\_\_\_  
 071 008 560 353

Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl: \_\_\_\_\_  
 Einsender: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl: \_\_\_\_\_

**Screening-ID**

Daten des Kindes:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum/Uhrzeit der Abnahme: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtenbuch-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Tag Monat Jahr Std. Min. Tag Monat Jahr Std. Min. g

Geschlecht:  M  W Gestationswoche: \_\_\_\_\_  Me ring: \_\_\_\_\_  
 Verlegung  verstorben  Entlassung < 36h  verweigert

**Kein Screening, weil**

L  
E  
E  
R  
K  
A  
R  
T  
E

## Ausfüllen der Stoffwechsel-Testkarten

Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:

Markenklasse bzw. Modellnummer: \_\_\_\_\_ Labor-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 Kassen-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_  
 Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_ Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Screening-ID: \_\_\_\_\_  
 071 008 560 353

Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl: \_\_\_\_\_  
 Einsender: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl: \_\_\_\_\_

**Screening-ID**

Daten des Kindes:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum/Uhrzeit der Abnahme: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtenbuch-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Tag Monat Jahr Std. Min. Tag Monat Jahr Std. Min. g

Geschlecht:  M  W Gestationswoche: \_\_\_\_\_  Me ring: \_\_\_\_\_  
 Abrechnung:  Privat

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 D 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 D 1 2 3 4 5 6 7 8 9

## Ausfüllen der Hörscreening-Meldebögen

Einsender-Barcode bzw. Stempel der Geburtsklinik

**Meldebogen Neugeborenen-Hörscreening**

Screeningzentrum Sachsen  
Standort 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  Kontroll   
 Kind: .....  
 Name: ..... oder **Patienten-etikett** nicht durchgeführt weil: .....  
 Vorname: ..... **rechts** pass  fail  **links** pass  fail   
 geb. am: ..... TEOAE pass  fail  AABR pass  fail   
 Risikogruppe: ja  nein  Bemerkung/Kontrolltermin: .....

**Screening-ID**

071 008 560 353