

Untersuchungsantrag Hebammen/Entbindungspfleger



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



Barcode-Etikett bitte hier
exakt einkleben!

Der Untersuchungsantrag findet sich auf
unserer Homepage unter „Bestellen“

Neugeborenen-Screening mit Modellprojekt

AGS, Ahornsiruperkrankung, Biotinidasemangel, Carnitinzyklusdefekte, Galaktosämie, Glutarazidurie Typ I, Homozystinurie, Hypothyreose, Isovalerianazidämie, MCAD-, VLCAD-, LCHAD-Mangel, Methylmalonazidurie, Phenylketonurie, Propionazidämie, Tyrosinämie Typ I, Vitamin B12-Mangel, Sichelzellerkrankheit, Immundefekte (SCID), Spinale Muskelatrophie, Mukoviszidose (Cystische Fibrose), Galaktokinase-Mangel, Citrullinämie, MAD-Mangel, Malonazidurie, AADC-Mangel, HMG-CoA-Lyase-Mangel, Remethylierungsstörungen

Nur Zielerkrankungen (gemäß Screeningrichtlinie 2026)

AGS, Ahornsiruperkrankung, Biotinidasemangel, Carnitinzyklusdefekte, Galaktosämie, Glutarazidurie Typ I, Homozystinurie, Hypothyreose, Isovalerianazidämie, MCAD-, VLCAD-, LCHAD-Mangel, Methylmalonazidurie, Phenylketonurie, Propionazidämie, Tyrosinämie Typ I, Vitamin B12-Mangel, Sichelzellerkrankheit, Immundefekte (SCID), Spinale Muskelatrophie, Mukoviszidose (Cystische Fibrose)

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 Aufklärung und Blutentnahme durch die Hebamme oder einen Entbindungspfleger ist möglich, wenn die Rückfragemöglichkeit an eine Ärztin / einen Arzt gewährleistet ist.

Für die Durchführung des Screenings auf Mukoviszidose sind jedoch die Angabe einer verantwortlichen Ärztin / eines verantwortlichen Arztes sowie die persönliche ärztliche Unterschrift zwingend erforderlich.

Verantwortliche(r) Arzt / Ärztin:

Name in Druckbuchstaben

Ärztliche Unterschrift

Praxisstempel oder Name/Adresse in Druckbuchstaben

Personensorgeberechtigte/r:

Die schriftliche Einverständniserklärung liegt vor.
Mit der Übersendung eines Zweitbefundes an die Hebamme / den Entbindungspfleger erkläre ich mich einverstanden.

Unterschrift einer/eines Personensorgeberechtigten