9310

Krankenkasse bzw. Kostenträger (Kind) ☐ Privatpatient

Name, Vorname und Adresse des 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**

☐ **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, Tyrosinämie Typ I, Malonazidurie, Methylmalonazidurie, Störungen im Vitamin B_{12}-Stoffwechsel, Multipler Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel, Propionazidämie, Remethylierungs-Störungen (MTHFR, CblD, CblE, CblG), SCID

☐ **Nur Zielerkrankungen (gemäß den Screeningrichtlinien aus dem Jahr 2019)**
Adrenogenitales Syndrom, Ahornsirupkrankheit, Biotinidasemangel, Carnitinzyklusdefekte, Galaktosämie, Glutarazidurie Typ I, Hypothyreose, Tyrosinämie Typ I, Isovalerianazidämie, LCHAD-, VLCAD-Mangel, MCAD-Mangel, Phenylketonurie, SCID (Schwere kombinierte Immundefekte)

Bitte angeben:

- Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes
- Krankenkasse, Name des Versicherten
- Versichertennummer der Mutter

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) bzw. Spinale Muskelatrophie (SMA)** 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 die Felder „ohne CF-Screening“ und „ohne SMA-Screening“ an oder vermerken dies im Feld „Sonstiges“.

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:

_____