

Neugeborenenscreening durch Hebamme ohne CF und Nachforderung des CF-Screenings durch den Kinder- und Jugendarzt

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Name der Mutter _____ Telefonnummer _____

Datum Blutabnahme _____

Eingeschickt an Screeninglabor: Becker & Kollegen Synlab Weiden

Screeningaufkleber

Name/Stempel/Unterschrift der Hebamme

Name/Stempel des Kinder- und Jugendarzt

Die Eltern des obengenannten Kindes _____, geb. am _____
wurden von mir über das CF Screening aufgeklärt und wünschen die Durchführung des Screenings
aus der vorhandenen Blutprobe mit obiger Screeningnummer.

Ort, Datum

Unterschrift des aufklärenden ärztlichen Person

Der Befund des CF-Screenings wird dem Kinderarzt mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift mindestens eines/r Personensorgeberechtigten

Bitte per FAX an das zuständige Labor senden:

FAX Labor Becker & Kollegen: 089 450917-103

FAX Synlab Weiden: 0961-309-134