

## Neugeborenencreening 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**