

Bitte Namen und Geburtsdatum eintragen

.....  
(Ort/Datum)

*Praxisstempel*

Nummer des Stoffwechselscreenings: .....  
(falls vorhanden, siehe gelbes Untersuchungsheft)

Telefonnummer für evtl. Rückfragen .....

Das **Hörscreening** wurde folgendermaßen durchgeführt:

**OAE-Screening:**

Datum:

unauffällig  auffällig links  auffällig rechts

**BERA-Screening:**

Datum:

unauffällig  auffällig links  auffällig rechts

Die **Kontrolluntersuchung** wird durchgeführt am .....  
bei folgendem Kinderarzt / HNO-Arzt:

.....  
.....  
.....

Bemerkung:

.....  
.....  
.....

Bitte zurückfaxen bzw. -schicken an:

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Screeningzentrum,  
Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim; Tel.: 089 / 31560-131  
**FAX-Nr.: 089 / 31560-103**