

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