

**Einsender:**

## Meldebogen Neugeborenen-Hörscreening

### Hinweise:

Bitte entnehmen Sie eine **Screening-ID (Barcode-Etikett)** aus dem **gelben Untersuchungsheft** des Kindes und kleben Sie dieses an die dafür vorgesehene Stelle. Bitte verschicken Sie diesen Bogen **wöchentlich** an die zentrale Datenerfassungsstelle (nebenstehende Adresse).

**Rückfragen an 0351/458-3988 oder per Fax 0351/458-5891.**

**Bitte leserlich und in Druckschrift ausfüllen!**

**Bitte bei auffälligen Befunden die Adresse der Eltern übermitteln!**

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden  
Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde  
Trackingstelle Hörscreening  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

Datum: ..... Zeit: ..... durchgef. von: ..... **Erstscreening**  **Kontrolle**

**Kind:**  
Name: ..... nicht durchgeführt weil, .....

Vorname: ..... **TEOAE** rechts pass  fail  links pass  fail   
**AABR** pass  fail  pass  fail

Screening-ID  
Barcode

geb. am: ..... Bemerkung/Kontrolltermin: .....

Hier geboren: ja  nein   
Risikogruppe: ja  nein

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Datenübermittlung der oben aufgeführten Daten meines Kindes an die Trackingstelle Hörscreening Dresden. Bei einem auffälligen oder unklaren Befund werden wir direkt kontaktiert. Die Vorgaben der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes werden strikt eingehalten. Eine Datenweitergabe an Unbefugte erfolgt nicht!

Anschrift der Eltern: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

Ich lehne die Weitergabe der oben aufgeführten Daten meines Kindes an die Trackingstelle Hörscreening Dresden ab. Ich bin darüber informiert, dass in diesem Falle keine weitere Information bei auffälligen oder unklaren Befunden durch die Trackingstelle erfolgt.

Datum: ..... Unterschrift: .....

**→ Bei Ablehnung der Datenübermittlung verbleibt der Testbogen in der Praxis!**