

Universitätsklinikum A.ö.R., IKCP, Neugeborenencreening  
Haus 39, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

## Einsender Neugeborenencreening



**Institut für Klinische Chemie  
und Pathobiochemie  
Labormedizin**

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom: 00.00.0000  
Unsere Zeichen: xxx

Datum: 01.10.2017

**Prof. Dr. med. Berend Isermann**  
Direktor

## Betreff: Neues Trockenblutkarten-Design



Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-ML-13162-01-00  
D-PL-13162-01-00

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab sofort gibt es neue, dem Mukoviszidose-Screening angepasste, Trockenblutkarten. Das Design haben wir leicht geändert, um den Ablauf im Labor und hoffentlich auch bei ihnen zu erleichtern.

Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.  
Leipziger Str. 44  
391 20 Magdeburg

Telefon: +49 391 67-13900  
Telefax: +49 391 67-13902

ikcp@med.ovgu.de  
[www.ikc.ovgu.de](http://www.ikc.ovgu.de)

### Bereich Pathobiochemie

Leiter: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.  
Andreas Gardemann  
Telefon: +49 391 67-13640  
Telefax: +49 391 67-13639

### Bereich Forschung

Telefon: +49 391 67-13921

### Lipidsprechstunde

Mittwoch: 8.00 - 10.30 Uhr  
Donnerstag: 8.00 - 12.00 Uhr  
13.00 - 15.00 Uhr  
Telefon: +49 391 67-13901

### Neugeborenen-Screening

In Kooperation mit der Pädiatrie  
Telefon: +49 391 67-13959  
Telefax: +49 391 67- 290361  
Postfach : 140274, 39043 Magdeburg  
ng-screening@med.ovgu.de  
[www.stwz.ovgu.de](http://www.stwz.ovgu.de)

Dieses Feld mit den Daten der Mutter / des Versicherten ausfüllen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Labor-Nr.	Besonderes: <input type="checkbox"/> Transfusion am: _____ <input type="checkbox"/> weiteres: _____
Name, Vorname		Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl	
Anschrift		Einsender - mit Telefonnummer inkl. Vorwahl	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Abrechnung:  Privat (rückseitig unterschreiben)

**Screening-ID**

Einverständnis gemäß Kinder-Richtlinie liegt vor:  
 ja  
(partielle Ablehnung siehe unten)

Daten des Kindes:

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum		Datum/Uhrzeit der Abnahme:	
Tag	Monat	Jahr	Std. Min.
Geburtsgewicht		Geburtenbuch-Nr.	
Geschlecht		Gestationswoche	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> Mehrling	
ifd. Nummer		<input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung	

Keine Einwilligung für:  
 Neugeborenen-Screening  
 Mukoviszidose-Screening

Folgende Änderungen sind zu beachten:

- Feld für das allg. Einverständnis zum Screening befindet sich jetzt rechts in der Mitte unter dem Feld: Einsenderstempel
  - Dieses Feld muss immer angekreuzt sein, wenn die Einverständniserklärung zum Screening vorliegt.
- Partielle Ablehnung des Erweiterten Neugeborenencreening und/oder Mukoviszidosescreening finden sie in der Ecke rechts unten
  - bitte ankreuzen bei Ablehnung eines der Programme
- Patienten mit Privater Krankenversicherung: bitte ein Kreuz im Feld „Privat“ (Links, Mitte) und auf der Rückseite wie gehabt unterschreiben

Vielen Dank für ihr Verständnis und weiterhin eine gute Zusammenarbeit.

Ihr Screening-Labor Magdeburg,

Dr. Sabine Rönicke