

Dieses Feld mit den **Daten der Mutter** ausfüllen:

AOK LKK BKK IKK VdAK AEV Knappschaft

Labor-Nr. _____

Name, Vorname

Telefonnummer der **Mutter** mit Vorwahl

Besonderes:

Transfusion

am:

weiteres:

geb. am

Einsender

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Telefonnummer des **Einsenders** mit Vorwahl

Hörscreening:

- Das Hörscreening darf den Versand der Blutprobe nicht verzögern!
- Bei Wiederholungs-Untersuchungen den Hörscreening-Bogen verwenden

Abrechnung: Privat (Bitte Unterschrift der Mutter auf der Rückseite)

Dieses Feld mit den **Daten des Kindes** ausfüllen:

Nachname Vorname

Geburtsdatum Datum/Uhrzeit der **Abnahme:** Geburtsgewicht Geburtenbuch-Nr.

Tag - Monat - Jahr Std. Min. Tag - Monat - Jahr Std. Min. g. _____

Geschlecht Gestationswoche Mehrling Wiederholungs- **Hörscreening:** Unauffällig Nicht

M W _____ + _____ Ifd. Nummer Kontroll-Bedarf: links rechts



D00160798

D00160798



Bitte vollständig durchtränken



LOT L-6187504 CE IVD 2007/01