

Dayik**Zarok**

Nav:	Nav:
Paşnav:	Paşnav:
Rojbûyîn:	Rojbûyîn: Dema ducanîtida vala dimîne

Serlêdana û pejirandina Screening a zarokên nû ji dayik buye

Min ji bo zaroka xwe ya nû ya ji dayik bûye, di derbarê hormonî-metabolîzma û îhtîmala kehrbunê de Screening agahdar kirin. Min kağîza agahdarkirina malbatê girt. Ez di derbarê ihtimala bûyîna van kontrolan de hatim agahdarkirin. Encamên di van kontrolan de hatin stendin teşhîsên ne dawîne, ji bo teşhîsên dawî kontrolên cûda bîn kirin, bi taybetî ji min re hat gotin. Eger encamên balkêş li laboratuare derket, ew dikarin bi min re tekilî çê bikin çêkirina kontrolên Screening yê tîbbî ji min re hat pêşniyarkirin, di derbarê agahiya wan de ez dikarim pirsan bikim an jî bi rêya tîlefônê mafê min ê agahdariyê heye. Ji min re ji bo fikrandin û pirsan demek fireh hat dayin.

Daneya min û zaroka min (li rûpela paş binêrin) ji bo mudaxîle zû were kirin, di navenda elektronîka Screeningê de were qeydkirin û muamelekirin.

Ez testîk dikim (Kerema xwe alternatîfek nîşanbikin)

Zarokên ya nû ya ji dayik bûye Laburatuara Screening (Rêveber Dr. med Oliver Blankenstein)

Dixtorê navê wî derbazbûyî yetkîya pêşniyara muayeneyên teşxîsê zû selahiyetî didim.

Ji bo zarokên xwe alternatîfên li xwarê nişankirîye red dikim.

- Ji bo xerabûya hormonî û metabolîzma dayikbunê muayeneyên Screening pêşketî.
- Kontrol kirina îxtîmala bîhistina xerabû Screening.

Eger ez qebûl nekim, derbarê encamên peşta derkevin holê min agahdar kirin.

Muhafîze kirina xwînên zêde mayî:

Xwîna ji bo ezmûn hatîye girtin û zêde mayîye, ji bo rewşên dîv re derkeve ez muhafîze kirina va xwînên zêde qebûl dikim. Agahiyên doneya xwîna zêde mayî, 12 heyv paşê ji bo kod kirin û rakirina wi destûr didim. Bîtenê serî lê dan xwediyê raye, li hev civandina ew xwînên hatine kod kirin û agahiyên done bîderfete. Xwînên zêde mayî, gorî planê li Berlinê hatiye çêkirin 18 sal paşê tîn tunekirin. Ji bo pêşve muayeneyên rast bîn neritandin, ji we ra pêvajoya parastina dirêj pêşniyar dikin.

Ez pêvajoya parastina dirêj red dikim.

Xwînên anîna nayên nas kirin, ji bo bikaranîna armancê zanistî (minak, ji bo metodên Screening, ji bo pêşxistinê wesp.) destûr didim.

Ez va xwînên bûye gelêrî ji bo bikaranîna armancên zanistî red dikim.

Dîrok

Nav, Paşnav
Doktor

Îmze

Nav, Paşnav
Welî

Îmze

Komîteya xwîna minak standîye / kopîya peyd

Mînaka xwînê dîv raye dayîne ji hêla pispor kirarî bê dîtin.

Pisporê bi mijar pêwendare

- Va encamên hatîye girtin kopîyek ji bo pisporên navê wî derbas dibe bên şandin.

Welî'ye Birêz,

Çerçoveya muayeneyen Screening'da, agahîyên ew qeydê tîbbî û kesane bi demborî hatîye kirin, li jêr qertên Screenin da karin bi nihêrîn.

Bi arîkarîya qerta Screening-ID agahîyên ew qeydê tîbbî û kesane tên vejartin. Ji bo her zaroke ya nû ya ji dayik bûye li ser deftera muayene diruşmeyek agahîyên Screening bê zeliqandin kû navbera zarok û Screening da girêdanê bê saz kirin.

Va hemû agahîyên girîng kilît kirî tên parastin. Va agahîyan dema pêşbînî da bi ewledari di Compitûrek da qeyd kiri bimîne. Bitenê xebatkarên labaratuara Screening karin ragîhiştin va agahîyan.

Tiştên fêhm ne kirîye an ji pirsên ya we hebin ji kerema xwe bi baldara doktora zarokê we an ji serî lê danê arîkara (destyara) xwe bidin.

Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Betriebsstätten-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

Leerkarten-Grund: verstorben (bei Einwendung ohne Material ankreuzen) Verlegung Erdl. < 35 h

Screening-ID

Daten des Kindes: Erdl. < 35 h Privat Wiederholungsuntersuchung

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Std. _____ Min. _____ Datum/Uhrzeit der Abnahme: Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Std. _____ Min. _____ Geburtsgewicht: _____ g. Geburtenbuch-Nr.: _____

Geschlecht: M W Gestationswoche: _____ + _____ Mehrling Ikd. Nummer: _____

Hörscreening: nicht durchgeführt unvollst. vollst. TE OAE: bds. R L AABR: bds. R L

Abrechnung: Privat Privatschwere bitte hier unterschreiben

Besonders: Transfusion am: _____ weiteres: _____

LAB B00227901