

Ủy thác nhận mẫu xét nghiệm / Bản co-pi kết quả:

- Sau khi đã đồng ý thì uỷ thác trao mẫu xét nghiệm cho người sau đây:

CHUYÊN GIA TIẾP NHẬN

- Bản co-pi kết quả cần được chuyển cho người có tên trên

Phụ huynh kính mến!

Để có thể thấy được những dữ liệu nào về y học và cá nhân được ghi nhận và lưu trữ tạm thời trong khuôn khổ xét nghiệm sàng lọc sức khỏe trẻ sơ sinh thì các bậc phụ huynh có thể xem dưới đây một hình chụp phần dữ liệu của phiếu sàng lọc sức khỏe.

Với sự trợ giúp của mã số nhận dạng và của mã vạch, người ta có thể tách và lưu trữ riêng rẽ các dữ liệu y học và các dữ liệu cá nhân. Tờ dán có mã số nhận dạng của con quý vị sẽ được dính vào sổ y bạ màu vàng mà mỗi trẻ sơ sinh sẽ nhận được và nó tạo ra mối liên hệ giữa trẻ và mã số nhận dạng. Chỉ với sự trợ giúp của mã số nhận dạng này thì những thông tin đã được biệt danh mới được cung cấp.

Toàn bộ các dữ liệu được bảo mật bằng mã khóa. Nó được lưu trữ trong khoảng thời gian định trước tại một máy vi tính khó xâm nhập. Chỉ các nhân viên của phòng xét nghiệm mới có thể truy cập được máy này.

Nếu phụ huynh có câu hỏi về thể loại và ý nghĩa của từng ô của phiếu thì xin hãy tìm đến bác sĩ nhi khoa phụ trách hoặc người hộ lý.

Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:									
Krankenkasse bzw. Kostenträger		Labor-Nr.	Besonderes: <input type="checkbox"/> Transfusion am: _____ <input type="checkbox"/> weiteres: _____						
Name, Vorname des Versicherten		Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl							
geb. am		Einsender							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status							
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
Leerkarten-Grund: <input type="checkbox"/> verstorben (bei Einsendung ohne Material ankreuzen) <input type="checkbox"/> Verlegung		Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl							
Screening-ID		Abrechnung: <input type="checkbox"/> Privat <small>Privatversicherte bitte hier unterschreiben</small>							
Daten des Kindes: <input type="checkbox"/> Entl. < 35 h									
Nachname		Vorname							
Geburtsdatum		Datum/Uhrzeit der Abnahme:							
Geburtsdatum		Geburtsdatum							
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.
Geschlecht		Gestationswoche		<input type="checkbox"/> Mehrling		Wiederholungsuntersuchung		Hörscreening:	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	+ _____		[td. Nummer] _____		<input type="checkbox"/>		unabhängig	
TEOAE: bds. <input type="checkbox"/>		ausführig		ausführig		TEOAE: bds. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	
AABR: bds. <input type="checkbox"/>		ausführig		ausführig		AABR: bds. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	