

Karten-Vers.: 0105

Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Anschrift

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl

Einsender
(Barcode)

Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl

Labor-Nr.

Besonderes:

Transfusion

am: _____

weiteres: _____

Leerkarten-Grund:

verstorben

Verlegung

Entl. < 36 h

Screening-ID

Privat abrechnung (Stationäre Pat. nur bei Wahlleistung)

Privatversicherte hier unterschreiben _____

Daten des Kindes:

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-** **untersuchung** **Hörscreening:** Risikokind **TEOAE:** R L R L R L R L

M W _____ + _____ lfd. Nummer unauffällig **Kontrollbedarf**

AABR: R L R L

PerkinElmer 226 Ahlström
 LOT 114068 / 31090003
 2025-08-31

B01162202
 B01162202

Bitte vollständig durchtränken

