

# Wichtige Hinweise zur Dokumentation

Bitte hier den **Namen, Vornamen des versicherten Kindes** und die Adresse eintragen.

Oftmals sind der Geburtsname des Kindes sowie der Name der Mutter und die Anschrift nicht identisch (falsche Schreibweise, Umzug, Namensänderung bei Heirat, etc.). Deshalb unbedingt alle Angaben zu Mutter und Kind eintragen, da nur so die Kinder in der Datenbank eindeutig gefunden/zugeordnet werden können.

Bitte hier unbedingt darauf achten, dass bei mehrmaligem Hörcreening die Befunde in den entsprechenden Zeilen eingetragen werden.

Sind also in kurzer Zeit mehrere Hörscreenings erfolgt, bitte die Einträge nacheinander in jeweils einer Zeile vermerken, so dass letztendlich ein eindeutiges Ergebnis zu erkennen ist.

**Versand zeitnah erbeten**

Gebühr pfl.	Gebühr frei	Unfall-/Unfallfolgen	BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">AOK</td> <td style="width: 15%;">LKK</td> <td style="width: 15%;">BKK</td> <td style="width: 15%;">IKK</td> <td style="width: 15%;">VdAK</td> <td style="width: 15%;">AEV</td> <td style="width: 15%;">Knappschaft</td> <td style="width: 15%;">UV</td> </tr> <tr> <td colspan="8">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;"><b>KIND</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Kassen-Nr.</td> <td colspan="2">Versicherten-Nr.</td> <td colspan="2">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vertragsarzt-Nr.</td> <td colspan="3">VK gültig bis</td> <td colspan="3">Datum</td> </tr> </table>	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	Name, Vorname des Versicherten								<b>KIND</b>								Kassen-Nr.				Versicherten-Nr.		Status		Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Screening-ID</b>                  Bitte hier einkleben.             </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>Neugeborenen - Hörscreening Dokumentationsbogen</b>                  Dreifachdurchschreibsatz: Blatt 1 an Arbeitskreis, Blatt 2 in Vorsorgeheft, Blatt 3 in Patientenakte                  Risikokind: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> </div>
AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV																																						
Name, Vorname des Versicherten																																													
<b>KIND</b>																																													
Kassen-Nr.				Versicherten-Nr.		Status																																							
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum																																								
Geburtsname des <b>Kindes</b> : .....				Geschlecht: ..... <b>Kind</b> .....																																									
Entbindungseinrichtung: ... <b>Kind</b> .....				Nationalität: ..... <b>Kind</b> .....																																									
Name der <b>Mutter</b> : .....				Geburtsdatum: ... <b>Mutter</b> .....																																									
Durchführung der Untersuchung nach Aufklärung von Eltern oder Personensorgeberechtigten abgelehnt am:				<b>Unterschriftsfeld bei Ablehnung des Screenings</b>																																									
				Unterschrift des Personensorgeberechtigten		Stempel/ ärztl. Unterschrift																																							
Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR, in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen																																													
durchgeführt am:																																													
		unauffällig		Kontrollbedarf																																									
TEOAE	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>																																									
oder																																													
AABR	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift																																								
Kontroll-AABR bei auffälliger Erstuntersuchung																																													
In der Regel bis U2																																													
durchgeführt am:																																													
		unauffällig		Kontrollbedarf																																									
AABR	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift																																								
Pädaudiologische Diagnostik bei auffälliger Kontroll-AABR																																													
veranlasst am:																																													
Stempel/Unterschrift																																													
Ergebnisse der pädaudiologischen Diagnostik, in der Regel bis zur 12. Lebenswoche																																													
BERA durchgeführt am:																																													
		keine Hörstörung		Hörstörung																																									
Ergebnis:	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift																																								
Untersuchungsergebnisse und ggf. erforderliche Therapie mit den Eltern oder Personensorgeberechtigten besprochen																																													
am:																																													
Stempel/Unterschrift																																													

Bitte schicken Sie Blatt 1 des Dokumentationsbogens im Fensterumschlag (Adresse auf Rückseite) an die **Berlin-Brandenburger Zentrale für Hörscreening bei Neugeborenen** (aus Datenschutzgründen nicht per Fax oder E-Mail).

Screening-ID  
Nur auf weissen Bogen  
Nicht lochen  
Geburtsdatum des Kindes

Bitte unbedingt diese Punkte berücksichtigen, da sie entscheidend für die Statistik (G-BA Richtlinie) sind.

**Sekretariat Hörscreening:**  
 Mo.-Fr.: 8:00-16:00 Uhr  
 Tel.: 030-450 555 427  
 Fax: 030-450 555 950  
 E-Mail: neugeborenen-hoerscreening@charite.de



**Berlin-Brandenburger Zentrale für Hörscreening bei Neugeborenen**  
 c/o Klinik für Audiologie und Phoniatrie  
 Augustenburger Platz 1  
 13353 Berlin