

Gebühr pfl.	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten							
Unfall-/Unfallfolgen								geb. am
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.				Status		
	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum			

**Screening-ID**

Bitte hier einkleben.

**Neugeborenen  
Hörscreening  
Dokumentationsbogen**

Dreifachdurchschreibsatz: Blatt 1  
an Arbeitskreis, Blatt 2 in  
Vorsorgeheft, Blatt 3 in  
Patientenakte

Risikokind; ja  nein

Geburtsname des Kindes:.....Geschlecht:.....  
 Entbindungseinrichtung:.....Nationalität:.....  
 Name der Mutter:.....Geburtsdatum:.....

Durchführung der Untersuchung nach Aufklärung von den Eltern oder Personensorgeberechtigten abgelehnt am:	Unterschrift des Personensorgeberechtigten	Stempel/Unterschrift des Arztes
---	--	---------------------------------

**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 ggfs. 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 Zentrale des Berliner Arbeitskreises für Hörscreening bei Neugeborenen (aus Datenschutzgründen nicht per Fax oder E-Mail).

Gebühr pfl.	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten							
Unfall-/Unfallfolgen								geb. am
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.				Status		
	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum			

**Screening-ID**

Bitte hier einkleben.

**Neugeborenen  
Hörscreening  
Dokumentationsbogen**

Dreifachdurchschreibsatz: Blatt 1  
an Arbeitskreis, Blatt 2 in  
Vorsorgeheft, Blatt 3 in  
Patientenakte

Risikokind; ja  nein

Geburtsname des Kindes:.....Geschlecht:.....  
 Entbindungseinrichtung:.....Nationalität:.....  
 Name der Mutter:.....Geburtsdatum:.....

Durchführung der Untersuchung nach Aufklärung von den Eltern oder Personensorgeberechtigten abgelehnt am:	Unterschrift des Personensorgeberechtigten	Stempel/Unterschrift des Arztes
---	--	---------------------------------

**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 ggfs. 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 Zentrale des Berliner Arbeitskreises für Hörscreening bei Neugeborenen (aus Datenschutzgründen nicht per Fax oder E-Mail).