

# Universelles Neugeborenen-Hörscreening Schleswig-Holstein

Absender:  
(Stempel oder Logo)

An die  
Meldestelle des „Universellen Neugeborenen-  
Hörscreenings Schleswig-Holstein“, UNHS-SH  
c/o Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie (HNO-Klinik)  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
D-23652 Lübeck

**Screening-Nummer:** .....  
*Bitte immer angeben!*

## Angaben zum Kind

(nur falls Hörtest nicht bestanden)

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Station: .....

## Angaben zur Mutter

(nur falls Hörtest nicht bestanden)

Name: ..... Vorname: .....  
Straße/Hausnr.: ..... PLZ/Wohnort: .....  
Telefon: ..... Mobil: .....

ERGEBNIS DES ERSTEN SCREENINGS (AMB./STAT.)	ERGEBNIS DES NACHSCREENINGS (AMBULANT)
<input type="checkbox"/> Test beidseits bestanden <input type="checkbox"/> Test auffällig: <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Nachscreening erforderlich  Datum:..... Unterschrift:.....	<input type="checkbox"/> Test beidseits bestanden <input type="checkbox"/> Test auffällig: <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Abschließende Diagnostik erforderlich  Datum:..... Unterschrift:.....

Befund Erstes Screening	OAE (z.B. Echo-Screen)		AEP (z.B. ALGO-portable)		Befund Nachscreening	TEOAE (z.B. Echo-Screen)		AEP (z.B. ALGO-portable)			
	Ohr rechts	Ohr links	Ohr rechts	Ohr links		Ohr rechts	Ohr links	Ohr rechts	Ohr links		
Test bestanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test bestanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Test auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
keine Messung	<input type="checkbox"/>	Kürzel für Ursache:			keine Messung	<input type="checkbox"/>	Kürzel für Ursache:				
Kürzel Untersucher:					Kürzel Untersucher:						
Dokumentation erstes Screening						Dokumentation Nachscreening					
Kopie an Daten- erfassung	Auf- kleber in U-Heft	Befund in Akte	Eltern- merkblatt	Info an Arzt	Durch- schrift an Eltern	Kopie an Daten- erfassung	Auf- kleber in U-Heft	Befund in Akte	Eltern- merkblatt	Info an Arzt	Durch- schrift an Eltern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es wurde bereits ein Termin zur Nachuntersuchung am ..... bei ..... vereinbart.