



**Screeninglabor Dresden**

Fetscherstr. 74 01307 Dresden  
 PF 160252 01288 Dresden  
 Tel. 0351 458 5230 Fax. 0351 458 5827  
 e-mail: [swscreening@uniklinikum-dresden.de](mailto:swscreening@uniklinikum-dresden.de)  
[www.screeningzentrum-sachsen.de](http://www.screeningzentrum-sachsen.de)



**Institut für Klinische Chemie und  
 Laboratoriumsmedizin**

Direktorin: Prof. Dr. med. Gabriele Siegert



**Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin**

Direktor: Prof. Dr.med. Reinhard Berner

**Neugeborenencreening – Untersuchungsantrag für Hebammen**

Screening-ID:

Name	Vorname	Geb.-Datum des Kindes	Stempel des verantwortlichen Arztes und Befundempfängers
------	---------	-----------------------	---

Bitte die Felder der Filterpapierkarte ebenfalls vollständig ausfüllen. Für die Durchführung des Neugeborenencreenings sind dieser Antrag und die Einwilligung auf der Testkarte notwendig.

Hebammen dürfen die Blutentnahme für das bisherige erweiterte Neugeborenen-Screening ausnahmsweise auch ohne vorherige ärztliche Aufklärung durchführen (Bestandsschutz des Berufsrechtes vor Inkrafttreten des Gendiagnostik-Gesetzes). Für das jetzt eingeführte bundesweite Mukoviszidose-Screening gilt das GenDG ohne diese Ausnahme.

Das GenDG erlaubt jedoch eine **nachträgliche Erweiterung des Auftrages nach ärztlicher Aufklärung und Einwilligung:**

Im Interesse der Neugeborenen und ihrer Eltern wird die von Hebammen nach 36 bis 72 Lebensstunden eingesandte Screeningprobe im Labor aufbewahrt. Wenn ein **Untersuchungsauftrag mit Unterschrift des Arztes und der Eltern unverzüglich nachgereicht** wird, erfolgt das Mukoviszidose-Screening aus dieser Probe nachträglich.

Die schriftliche Einverständniserklärung der sorgeberechtigten Person in die Screeninguntersuchung und die Blutprobengewinnung liegt vor. Die sorgeberechtigte Person wurde zuvor von mir umfassend über Inhalt, Wesen und Tragweite der Entscheidung i.S. des § 9 Abs. 2 GenDG aufgeklärt.

**Verantwortlicher Arzt:**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Mit der Übersendung einer Kopie des Screeningbefundes an die Hebamme, den Kinderarzt und den Arzt, der eine Konfirmationsdiagnostik durchführt, erkläre ich mich einverstanden.

**Personensorgeberechtigter:**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Sorgeberechtigten

bitte senden an:

**Screeninglabor  
Universitätsklinikum Dresden  
Postfach 160252  
01288 Dresden**

---

Hausanschrift: Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Haus 21