

**Bitte senden Sie dieses Formular unbedingt zusammen mit der
Einwilligungserklärung ein!**

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Screening-ID (im gelben U-Heft zu finden):

Anfordernder Arzt / Station / einsendende
Einrichtung:

Telefonnummer für Rückruf:

Stationsaufkleber/Patienten-
etikett:

Materialetikett:
(Materialkennung 57)

Untersuchungsauftrag:

Erbitten Untersuchung auf konnatale CMV-Infektion mittels PCR aus
Trockenblut (Neugeborenencreeningkarte) (Analyt 21265).

Anmerkungen für Labor Berlin:

- 1. ZPA: Bitte diesen Auftrag einlesen und dann mit der Einwilligungserklärung und einem etikettierten Probengefäß zum **Neugeborenencreening 2. OG** geben.*
- 2. Neugeborenencreening: Bitte das Trockenblut mit diesem Auftrag in die **Molekulardiagnostik (Fachbereich Virologie) 1.OG** geben.*

Einwilligungserklärung zum Materialtransfer des Neugeborenen Screenings der Charité an Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

Patienteninformation	
Name.....	Vorname.....
geb.....	Tel.....
Straße.....	
PLZ.....	Ort.....
Screening-ID:.....	

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von meinem Kind entnommenes Blut vom Neugeborenen Screening der Charité an Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH zum Zwecke der Untersuchung auf

..... (Diagnose oder Untersuchung) ausgegeben wird.

Die Neugeborenen Screeningkarte verbleibt im Archiv des Neugeborenen Screenings der Charité. Zum Zwecke der Untersuchung wird eine Teilmenge des Trockenbluts übermittelt.

Ort, Datum	Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters
------------	--