

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Das **wieviele Kind** erwarten Sie? \_\_\_\_\_

Wann ist der **errechnete Geburtstermin**? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre **letzte Periode**? \_\_\_\_\_

Sind Sie **schon einmal schwanger** gewesen?  Nein  Fehlgeburt  Schwangerschaftsabbruch

Vorausgegangene Geburten

| Jahr der Geburt | Normale Geburt<br>(bitte ankreuzen) | Kaiserschnitt<br>(bitte ankreuzen) | Geschlecht | Geburtsgewicht | Ort der Geburt |
|-----------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------|----------------|----------------|
|                 |                                     |                                    |            |                |                |
|                 |                                     |                                    |            |                |                |
|                 |                                     |                                    |            |                |                |
|                 |                                     |                                    |            |                |                |

Möchten Sie ihr Baby **stillen**?  Ja  Nein

Haben Sie eine **Allergie**?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Gibt es **besondere Erkrankungen** in ihrer **Familie**?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Hatten/Haben **Sie** eine **besondere Erkrankung**?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie schon einmal **operiert** worden ( z.B. Mandeln, Blinddarm )?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Nehmen Sie **Medikamente** ein?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Gab/gibt es in ihrer **Schwangerschaft Besonderheiten** (z.B. Fruchtwasserpunktion, Zwillingschwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes)?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

**Wird von der Hebamme ausgefüllt**

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

B-Streptokokken: \_\_\_\_\_

Röteltiter: \_\_\_\_\_

HbsAG: \_\_\_\_\_



**Elterneinwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Neugeborenen-Hörscreening**

Die Erhebung, Übermittlung, Verarbeitung und Aufbewahrung der Daten erfolgt nach den Empfehlungen des nordrhein-westfälischen Datenschutzbeauftragten im Rahmen der einschlägigen Datenschutz-Gesetze, insbesondere BDSG -Bundesdatenschutzgesetz-, DSGVO-NRW Datenschutzgesetz NRW- und GDSG NRW -Gesundheitsdatenschutzgesetz NRW.

Die zentrale Datenbank befindet sich im Verantwortungsbereich des Hörscreeningzentrums Nordrhein an der Uniklinik Köln. Verantwortlicher Datenschutzbeauftragter: D. Hartmann. Die ausführliche Elterinformation erhalten Sie durch das Pflegepersonal. Diese ist ebenfalls einzusehen auf der Internetseite. Die Daten werden in der zentralen Datenerfassungsstelle des nordrheinischen Neugeborenen-Hörscreenings im Hörscreeningzentrum Nordrhein gespeichert. Selbstverständlich können Sie Ihr Einverständnis jederzeit schriftlich beim Hörscreeningzentrum Nordrhein widerrufen. Hörscreeningzentrum Nordrhein | HNO-Uniklinik Köln | Kerpenerstr.62 | 50931 Köln

|   |   |
|---|---|
| Ich/Wir, Frau/Herr, Familie   | _____   |
|   | (bitte Namen in Druckbuchstaben einsetzen)    |
| wohnhaft in   | _____   |
|   | (Adresse: Straße, PLZ, Ort)                   |
| <b>Telefonnummer:</b>   |   |
| habe(n) den Untersuchungsauftrag und die Elterninformation gelesen und verstanden. Ich/ Wir bin/sind mit den Untersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings und der Übermittlung sämtlicher pädiatrischer, phoniatriischer und logopädischer Befunde an das Hörscreeningzentrum Nordrhein für mein/ unser Kind _____, geboren am _____ |   |
| <input type="checkbox"/> einverstanden  | <input type="checkbox"/> nicht einverstanden. |
| Ort und Datum: _____  | Unterschrift _____                            |

Mutter/Vater/Erziehungsberechtigte(r)

|   |   |
|---|---|
| Ich/ Wir bin/sind mit der Datenübermittlung, Verarbeitung und Speicherung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings für mein/ unser Kind _____, geboren am _____ |   |
| <input type="checkbox"/> einverstanden  | <input type="checkbox"/> nicht einverstanden. |
| Ort und Datum: _____  | Unterschrift _____                            |

Mutter/Vater/Erziehungsberechtigte(r)