

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Versicherte		
geboren am:		
Kassen-IK	Versicherten-Nr.	Status
Errechneter Termin	Geb. Datum Kind	Name Kind

## Laborauftrag

- gemäß (Mutterschafts-) Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung
- gemäß Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr

Bei Privatpatienten: Bitte Rechnungsstellung direkt an Patientin.

Bei Kassenpatienten: Gemäß der Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind Laboraufträge von Hebammen keine budgetierten Leistungen. Abrechnung bitte direkt mit der KV.

### Mutter:

#### Blut:

<input type="checkbox"/> BG / Rh-Faktor	<input type="checkbox"/> kl. Blutbild
<input type="checkbox"/> AK-Suchtest	<input type="checkbox"/> Leukos
<input type="checkbox"/> Röteln-HAH	<input type="checkbox"/> Erys
<input type="checkbox"/> Lues-TPHA	<input type="checkbox"/> MCV
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> HKT
<input type="checkbox"/> HBs-Antigen	<input type="checkbox"/> Hb
	<input type="checkbox"/> Ferritin
	<input type="checkbox"/> Transferrin
	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose
<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> Listeriose
<input type="checkbox"/> Triple-Test	<input type="checkbox"/> Zytomegalie
<input type="checkbox"/> nüchtern Blutzucker	
<input type="checkbox"/> Glukose-Belastung	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Infektionskrankh.:	

Abnahmedatum:

--	--	--	--	--

Uhrzeit:

--	--	--	--

Sonstiges (Befunde/Medikation/Diagnose/Verdacht):

---



---



---

Stempel/Datum und Unterschrift der Hebamme

#### Abstrich:

<input type="checkbox"/> Chlamydien	<input type="checkbox"/> PAP-Abstrich
<input type="checkbox"/> Streptokokken	<input type="checkbox"/> Gonokokken
<input type="checkbox"/> Candida	
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Herpes genitalis

#### Trockenblut:

<input type="checkbox"/> Neonatalscreening (früher 'Guthrie-Test')
<input type="checkbox"/> für Hessen: erweitertes Screening

#### Blut:

<input type="checkbox"/> Bilirubinkontrolle
<input type="checkbox"/> Blutzuckerkontrolle

#### Urin:

<input type="checkbox"/> Chlamydien	Probe:
<input type="checkbox"/> Sediment	<input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin
<input type="checkbox"/> Kultur	<input type="checkbox"/> K-Urin
<input type="checkbox"/> Antibiogramm	

#### Nabelschnurblut:

<input type="checkbox"/> Coombs-Test
<input type="checkbox"/> BG / Rh-Faktor
<input type="checkbox"/> IGE-Bestimmung

#### Sonstiges:

<input type="checkbox"/> .....
--------------------------------

#### Sonstiges:

<input type="checkbox"/> .....
--------------------------------