

# Dokumentation zur Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen (Neugeborenen-Hörscreening)

Durchführung der Untersuchung nach Aufklärung von den Eltern oder Personensorgeberechtigten abgelehnt am:	Unterschrift des Personensorgeberechtigten	Stempel/Unterschrift des Arztes
---	--	---------------------------------

Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR, in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen

durchgeführt am:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             beidseitig unauffällig  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             auffällig              rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> </div> </div> <p><b>TEOAE</b></p> <p>oder</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> </div> </div> <p><b>AABR</b></p>	Stempel/Unterschrift
---	----------------------

Kontroll-AABR bei auffälliger Erstuntersuchung, in der Regel bis U2  durchgeführt am:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             beidseitig unauffällig  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             auffällig              rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> </div> </div> <p><b>AABR</b></p>	Stempel/Unterschrift
---	----------------------

Pädaudiologische Diagnostik bei auffälliger Kontroll-AABR  veranlasst am:	Stempel/Unterschrift
---	----------------------

Ergebnisse der pädaudiologischen Diagnostik, in der Regel bis zur 12. Lebenswoche

durchgeführt am:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             unauffällig  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             auffällig  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p><b>Ergebnis:</b> rechts</p> <p><b>Ergebnis:</b> links</p>	Stempel/Unterschrift
---	----------------------

Untersuchungsergebnisse und ggfs. erforderliche Therapie mit den Eltern oder Personensorgeberechtigten besprochen am:	Stempel/Unterschrift
---	----------------------