



---

## Informationsblatt zum Neugeborenen-Hörscreening

Liebe Eltern,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Klinik und bedanken uns für Ihr Vertrauen.  
Gerne möchten wir Ihnen Ihren heutigen Besuch in unserer Klinik so angenehm wie möglich gestalten.  
Daher beachten Sie bitte folgende Informationen:

### Wo müssen Sie hin?

UKGM - Standort Marburg  
Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie  
Baldingerstraße 1  
3. Bauabschnitt  
35043 Marburg

### Orientierung in der Klinik:

- 1. Schritt:**                    **Zentrale Patientenanmeldung:**  
3. Bauabschnitt Ebene 0: Eingang Anneliese Pohl Krebszentrum,  
Comprehensive Cancer Center (CCC) ), geradeaus auf der linken  
Seite neben der Information (5 Kabinen).  
Bitte melden Sie sich dort an, indem Sie eine Nummer ziehen.  
**Wichtiger Hinweis:** Planen Sie insges. ca. 15 min Anmeldezeit ein.
- 2. Schritt:**                    **Anmeldung in der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie**  
3. Bauabschnitt Ebene +1: Raumnummer: +1/39320  
Sie erreichen uns über Aufzug 30; Ebene +1:  
Fahrstuhl Ausgang: Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie / HNO  
Dann der Beschilderung folgen  
**Wichtiger Hinweis:** Planen Sie insges. ca. 10 min Wegezeit ein.
- 2. Wichtiger Hinweis:**  
Die Krankengeschichte erfassen wir mittels Fragebogen  
Planen Sie ca. 10-15 min für das Ausfüllen vor Ihrem Termin.  
Alternativ bringen Sie den entsprechenden Fragebogen ausgefüllt mit  
in unsere Abteilung (s.u.)

Insgesamt empfehlen wir Ihnen ca. **45 min. vor dem** eigentlichen **Termin** auf dem Parkplatz zu sein.

Schläft Ihr Kind bei der Ankunft, so kommen Sie bitte direkt zu uns, so dass wir gleich mit der Untersuchung beginnen können, so lange Ihr Baby noch schläft. Die Anmeldeformalitäten regeln wir anschliessend.

### Mitzubringen sind:

1. Gesundheitskarte
2. Überweisung vom Kinderarzt / HNO-Arzt
3. Gelbes Kinderuntersuchungsheft
4. Wichtige medizinische Unterlagen (Arztberichte / Untersuchungsbefunde)
5. Nahrung für Ihr Kind (ggf. für Sie), Windeln und Kleidung zum Wechseln



Gerne möchten wir Ihnen Ihren heutigen Besuch in unserer Klinik so angenehm wie möglich gestalten.

Dafür ist es wichtig, dass Ihr Kind während der Durchführung des Hörscreenings nach Möglichkeit schläft und ruhige Testbedingungen vorliegen.

Wir bitten Sie daher die folgenden Hinweise zu beachten:

- **Halten Sie den Kopf Ihres Kindes frei**
- Sollte Ihr Kind Blähungen oder eine verstopfte Nase haben, so geben wir Ihnen gerne sanfte Wirkstoffe, um das zu beheben, mindestens zu reduzieren.
- **Halten Sie Ihr Kind bitte im Arm:**  
Legen sie es nicht in den Kinderwagen und auch nicht in den Autositz
- **Füttern Sie Ihr Kind bereits vor der Untersuchung:**  
Mit einem vollen Bauch schläft es sich besser!

Der **Ablauf des heutigen Neugeborenen-Hörscreenings** sieht aus wie folgt:

- Nachdem Sie sich angemeldet und die Formulare ausgefüllt haben, können Sie nun Ihr Kind **füttern** und **zum Einschlafen bringen**.
- Sobald Ihr Kind schläft, führen unsere **Audiologen** ein Neugeborenen-**Hörscreening** durch.
- Nach Abschluss der Messungen werden unsere **Ärzte** Ihr **Kind** noch **untersuchen**, mit Ihnen die **Ergebnisse und das weitere Vorgehen besprechen** und den entsprechenden Eintrag im gelben Kinderuntersuchungsheft vornehmen.  
Hierfür muss Ihr Kind nicht mehr schlafen, bitte halten Sie für diese Untersuchung nur das Köpfchen frei und Ihr Kind bitte im Arm.
- Wir melden für Sie das Ergebnis des heutigen Neugeborenen-Hörscreenings an die Screeningzentrale in Gießen. Sie müssen sich hier um nichts weiter kümmern.

Ihre Zufriedenheit ist uns äußerst wichtig. Wir freuen uns daher über Ihre Anregungen, mit denen wir unsere Patientenversorgung weiter optimieren können. Für Anregungen, gerne auch Lob steht Ihnen an unserer Anmeldung ein Briefkasten zur Verfügung.

Ihr Team der Phoniatrie und Pädaudiologie



## Neugeborenen - Hörscreening

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern und Angehörige,  
 es ist uns wichtig, Ihr Kind bestmöglich zu betreuen und zu behandeln. Mit den folgenden Fragen erhalten wir dafür wichtige Informationen über Ihr Kind. Wir bitten Sie daher, die Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten. Herzlichen Dank hierfür!

Patientenetikett

**Wichtig: Bitten geben Sie medizinische Unterlagen, die für uns wichtige Informationen über Ihr Kind beinhalten, an der Anmeldung zur Kopie ab!**

**Was ist der Vorstellungsgrund in unserer Klinik?**

- Erstes Hörscreening  
 Kontrollbedürftiges Hörscreening  
 rechts  links  beidseits  
 Hörscreening bei Risikofaktoren

**In welcher Geburtseinrichtung wurde Ihr Kind geboren?**

\_\_\_\_\_

**Bestanden Komplikationen während der Schwangerschaft?**

(z.B. Blutung, vorzeitige Wehen, Diabetes, Medikamenteneinnahme, Infektion: zB Röteln, CMV)

Ja, welche: \_\_\_\_\_  Nein

\_\_\_\_\_

In Woche: \_\_\_\_\_

**Bestanden Besonderheiten während der Geburt?**  
 (z.B. Kaiserschnitt, Saugglocke, Zangengeburt)

Ja, welche: \_\_\_\_\_  Nein

\_\_\_\_\_

**Bestanden Besonderheiten / Komplikationen nach der Geburt?**

(z.B. Gelbsucht/Lichttherapie, Neugeboreneninfektion, Intensivpflicht, Beatmung, Antibiotikaeinnahme, sonstige Medikamenteneinnahme, verlängerter stationärer Aufenthalt, Operationen)

Ja, welche: \_\_\_\_\_  Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Geburtsdaten:**

(siehe gelbes Kinderuntersuchungsheft)

Geburt in \_\_\_\_\_ SSW.

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_

APGAR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Hat das Kind Geschwister?**

Bitte geben Sie Anzahl und Alter an

Schwester: \_\_\_\_\_  Nein

Bruder: \_\_\_\_\_

**Besteht in der Familie eine Schwerhörigkeit mit der Notwendigkeit eines Hörsystem?**

(z.B. bei Eltern, Großeltern, Geschwister, Onkel, Tanten)

Ja, wer: \_\_\_\_\_  Nein

Seit wann: \_\_\_\_\_

Warum: \_\_\_\_\_

Welches Hörsystem:

Hörgerät  Mittelohrimplantat

Cochlea-Implantat  BAHA

Ja, welche: \_\_\_\_\_  Nein

**Besteht eine Blutsverwandschaft der Eltern?**

(z.B. Cousin, Cousine)

**Geburtsland / Staatsangehörigkeit der Eltern:**

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_