

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Status

Untersuchungsauftrag für Erst- und Zweit-Trimester-Screening

[Empty box for patient information]

Tages-Nr. intern!

[Empty box for internal number]

Untersuchungen

- Erst-Trimester-Screening**
(SSL 45–84 mm, entspricht SSW 11 + 1–14 + 0)
- PAPP-A, freies β -hCG, ggf. US-Marker (€52,46)
Analytik inkl. Risikoberechnung
- PAPP-A, freies β -hCG (€34,97)
Analytik ohne Risikoberechnung, Bericht der Messwerte
- Neurorohrdefekt-Screening**
(SSW 14 + 0–19 + 6)
- AFP-Messung (€14,57)
- Zweit-Trimester-Screening**
(SSW 14 + 0–19 + 6)
- Quadruple-Test (€71,69)
AFP, hCG, uE3, Inhibin A
- Triple-Test (€43,71)
AFP, hCG, uE3
- Integriertes Screening**
Erstuntersuchung PAPP-A: SSW 10 + 0–13 + 6
(NT-Wert kann 11 + 1–13 + 6 gemessen und nachgereicht werden)
Folgeuntersuchung AFP, hCG, uE3, Inhibin A: SSW 14 + 0–17 + 6
- Integriertes Screening (€92,09)
PAPP-A, AFP, hCG, uE3, Inhibin A
- Präeklampsierisiko 1. Trimester**
- PLGF (€43,72)
- Präeklampsierisiko 2./3. Trimester**
- s-FLT1:PLGF-ratio (€87,44)
(für diese Untersuchung benötigen wir Serum und die Angabe der Schwangerschaftswoche)

Präeklampsiescreening (spezielle Angaben)

- Blutdruck linker Arm ____ / ____ mmHg
rechter Arm ____ / ____ mmHg
- Widerstand Aa. Uterinae links ____ RI
rechts ____ RI

Spezielle Angaben bei IVF

Eizellspende: Alter der Spenderin zum Zeitpunkt der Spende
____ Jahre, ____ Monate, alternativ
Geburtsdatum ____ und Datum der
Eizellspende ____.

Transfer kryokonservierter Embryonen: Alter der Mutter
(oder der Eizellspenderin) zum Zeitpunkt der Kryokonservierung
____ Jahre, ____ Monate, alternativ
Geburtsdatum ____ und Datum der
Kryokonservierung ____.

Klinische Angaben

Datum Blutentnahme: Tag ____ Monat ____ Jahr ____

SSW am Tag d. Blutabnahme: Woche ____ + Tag ____

Anzahl der Feten: ____ Chorionizität: ____

Größe und Gewicht der Schwangeren: ____ cm ____ kg

Raucherin: Anzahl der Zigaretten ____ nein

Diabetes: Typ 1 Typ 2 Gestationsdiabetes nein unbekannt

Ethnische Zugehörigkeit der Schwangeren:

weiß (Europa, mittl. Osten, Nord- u. Südamerika) schwarz (Afrika, Karibik, Afroamerikaner)

orientalisches (Indien, Pakistan, Bangladesch) ostasiatisch (China, Korea, Vietnam, Japan)

andere: _____

Frühere Schwangerschaften mit:

Trisomie 21 Trisomie 18 Trisomie 13 Neuralrohrdefekt

andere: _____

Anzahl Paritäten: ____ bekannte Hypertonie Präeklampsie in der Vorgeschichte

Besonderheiten in der Anamnese:

Ultraschall (Angabe des schallenden Arztes notwendig)

Datum Ultraschall: Tag ____ Monat ____ Jahr ____ Name des Arztes*: _____
* entfällt bei Einzelpraxis

	Fetus 1	Fetus 2
SSL (mm)	____, ____	____, ____
NT (mm)	____, ____	____, ____
Nasenbein	darstellbar <input type="checkbox"/> fehlend <input type="checkbox"/>	darstellbar <input type="checkbox"/> fehlend <input type="checkbox"/>
Ductus venosus-Doppler	normal <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>
Tricuspidalklappen-Doppler	normal <input type="checkbox"/> Regurgitation <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> Regurgitation <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>
Megazystis	≥7 <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	≥7 <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Strukturelle Beurteilung des Feten	normal <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/>
Zweit-Trimester-Screening (BPD) (mm) (falls frühe SSL nicht verfügbar)	____, ____	____, ____

Eilige Befundübermittlung an die gemäß Gendiagnostik-Gesetz verantwortliche Person: Fax Telefon _____

1 ____ 3 ____ 80 ____ 250 ____ 403 ____ 415 ____ A1006 ____ 

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich oben markierte, privatärztliche Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend o.g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 2003) selbst tragen und bin mit der Abrechnung durch eine autorisierte Verrechnungsstelle einverstanden. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden und die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzte an diese ärztliche Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden. Die ermittelten Labor-Ergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt. Hinzu kommen 2,60 € Versandgebühren.

Ort, Datum _____ Unterschrift der Schwangeren _____

Einverständniserklärung nach Gendiagnostikgesetz

Die angeforderten Analysen unterliegen dem Gendiagnostik-Gesetz. Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung stimme ich der von mir gewünschten genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des Gendiagnostik-Gesetzes zu. Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit bin ich einverstanden. Wenn ich eine von gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünsche, kann ich dieses jederzeit mitteilen. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner/m Ärztin/Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen als auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung.

Ort, Datum _____ Unterschrift der Schwangeren _____

Abnahme- und Versand-Hinweise:

1. Blutentnahme

Venöses Blut in Serum-Monovette (keine EDTA-Monovette!) abnehmen.
Da EDTA-Blut die Werte verfälscht, vermeiden Sie bitte strikt jegliche EDTA-Kontamination (bei Entnahme von EDTA-Blut für andere Untersuchungen unbedingt immer die EDTA-Monovette als letzte auf die Kanüle stecken!).

2. Materialbehandlung/Zentrifugation

- » Blut nach Entnahme 30 Minuten bei Raumtemperatur aufrecht stehend ausgerinnen lassen.
- » Zentrifuge verfügbar: Nach Ausgerinnen gemäß AA zentrifugieren, Serum in Serumtransportröhrchen überführen oder Filter einschieben.
- » Zentrifuge nicht verfügbar: Wenn Gerinnsel nach Ausgerinnen gut retrahiert, Filter einschieben oder Serum in Serumtransportröhrchen überführen.
- » Material bis zur Gabe an den Boten oben in der Kühlschranktür lagern.

3. Versand

- » Wegen Thermolabilität vor Erwärmung über 20°C schützen. Bis zum Versand im Kühlschrank zwischenlagern.
- » Die Probe muss innerhalb 36 Stunden im Labor eintreffen.

3.1. Abholung durch Kurier

- » Blutentnahme so planen, dass Kurier-Abholung am Entnahmetag möglich ist.
- » Vollblut/Serum gekühlt bis zur Abholung aufbewahren.
- » Bei unvermeidbarer Blutentnahme nach letzter Kurierabholung vor Wochenenden und Feiertagen: Material gemäß Punkt 2 vorbehandeln und bis zur nächsten Abholung im Kühlschrank zwischenlagern.

3.2. Postversand

- » Bei Ankunft der Probe im Labor innerhalb 36 Stunden Postversand von Vollblut/Serum nach Ausgerinnen (s. oben) möglich.
- » Bei hohen Außentemperaturen (>20°C) Gefrier-Akku benutzen (auf Anforderung im Labor erhältlich). In diesem Fall ist der Postversand von Serum oder Vollblut mit Filter erforderlich.

LABOR WAR GESTERN – HEUTE SIND WIR.



**Eine Idee.
Ein Unternehmen.
Gemeinsam mehr bewirken.**

Labor vor Ort.

Schnelle Diagnostik und Befundung.

Fachärzte bundesweit.

Interdisziplinäre Kompetenz.



www.amedes-group.com | info@amedes-group.com