

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Status

UNTERSUCHUNGSauftrag für Erst- und Zweit-Trimester-Screening

Tages-Nr. intern!

Untersuchungen

- Erst-Trimester-Screening**
(SSL 45 – 84 mm, entspricht SSW 11+1 bis 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
- PAPP-A Einzelanalyse (€ 20,40)
- Neurahlrohrdefekt-Screening**
(SSW 14 + 0 – 19 + 6)
- AFP-Messung (€ 14,57)
- Zweit-Trimester-Screening**
(SSW 14 + 0 – 19 + 6)
- Triple-Test (€ 43,71)
AFP, hCG, uE3
- Präeklampsie-Screening 1. Trimester**
(Risikoberechnung bei einer SSW 11+1 bis 14+0; SSL 45 – 84 mm)
- PLGF (€ 29,14)
- Präeklampsiediagnostik 2./3. Trimester**
(JGeL ab SSW 20+0, KV ab SSW 24+0)
- sFlt-1/PIGF-Quotient (€ 58,28)
(Für diese Untersuchung benötigen wir Serum und die Angabe der Schwangerschaftswoche.)
- sFlt-1/PIGF-Quotient (GKV)*
(Für diese Untersuchung benötigen wir Serum und die Angabe der Schwangerschaftswoche.)

* Die Untersuchung ist als GKV-Leistung ab der SSW 24+0 nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:
Neu auftretender oder bestehender Hypertonus, Präeklampsie-assoziiierter organischer oder labordiagnostischer Untersuchungsbefund, welcher keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann; fetale Wachstumsstörung; auffälliger dopplersonographischer Befund der Aa. uterinae in einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01775

Präeklampsie-Screening 1. Trimester (spezielle Angaben)

Blutdruck linker Arm ____ / ____ mmHg
rechter Arm ____ / ____ mmHg

Widerstand A. uterina links ____ RI
rechts ____ RI

Spezielle Angaben bei IVF

Eizellspende ja nein

Konzeptionsdatum: ____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

Datum der Spende: ____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

Geburtsdatum der Spenderin: ____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

Alter (IVF/ Spende) ____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

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

1 _____ 3 _____ 80 _____ 250 _____ 403 _____ 415 _____ A1006 _____ **V**

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) durch Labore der amedes-Gruppe 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 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 durch Labore der amedes-Gruppe 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 ausführlich 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 _____

Klinische Angaben

Datum Blutentnahme ____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

SSW am Tag d. Blutabnahme ____ + ____
Woche Tag

Anzahl der Feten ____ monochorial-monoamniotisch monochorial-diamniotisch dichorial

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 (z.B. Europa, Nahost, Nordamerika) südasiatisch (z.B. Bangladesch, Indien, Pakistan)

schwarz (z.B. Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch) südostasiatisch (z.B. Indonesien, Thailand, Vietnam)

ostasiatisch (z.B. China, Japan, Korea) gemischt

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

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

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 (für 30-45 min bei Raumtemperatur) gut retrahiert, Filter einschieben oder Serum in Serumtransportröhrchen überführen.
- » Material bis zur Gabe an den Kurier (siehe 3.1) bei 2-8 °C lagern.

3. Versand

- » Wegen Thermolabilität vor Erwärmung über 20°C schützen. Bis zum Versand im Kühlschrank zwischenlagern.
- » Die Probe muss innerhalb 24 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 24 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.