

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

# LABOR ENDERS

MVZ Labor Prof. Dr. Gisela Enders & Kollegen · Medizinische Diagnostik  
Rosenbergstraße 85 · 70193 Stuttgart · Telefon 07 11/63 57-0 · Fax 07 11/63 57-202

## Untersuchungsauftrag für pränatales Screening auf Chromosomenstörungen

Kostenträger:  selbstzahlender Kassenpatient  Privatpatient  Rechnung an Einsender

In Klammern: Durchschnittliche Erkennungsrate bei 5% Falsch-Positivrate

### Erstes Trimester

- Ermittlung des Trisomie-21-Risikos mittels Bestimmung von PAPP-A, freier  $\beta$ -Kette des hCG und der sonographischen Nackentransparenz (NT)-Messung (SSL 45,0 – 84,0 mm, entsprechend SSW 11+0 bis 13+6 nach Robinson)\* (89%)

Die Bewertung der von Ihnen gemessenen Nackentransparenz setzt voraus, dass Sie durch die FMF zertifiziert sind.

Laborkosten

€ 52,40

- Bestimmung des Trisomie-21-Risikos mittels alleiniger Messung von PAPP-A und freier  $\beta$ -Kette des hCG (SSW 10+0 bis 13+6)\* (75%) € 34,97
- Alleinige Messung von PAPP-A und freier  $\beta$ -Kette des hCG **ohne** Risikoberechnung € 34,97
- Nur Messwerte (PAPP-A, freies  $\beta$ -hCG) € 34,97

### Integriertes Screening (1. + 2. Trimester)

#### Primär Integriertes Screening\* (95%)

- Teil 1: Nackentransparenz, PAPP-A im 1. Trimester (SSW 10+3 bis 12+6)
- Teil 2: AFP, hCG, freies Estriol und Inhibin A (SSW 14+0 bis 19+6)

Bitte Labornummer des Teilbefunds (Teil 1) angeben: \_\_\_\_\_

Es erfolgt lediglich **eine** Gesamt-Risikoberechnung nach Abschluss der Diagnostik im 2. Trimester. € 93,25

#### Sequenziell Integriertes Screening\* (95%)

- Teil 1: NT, PAPP-A, freies  $\beta$ -hCG im 1. Trimester (SSW 11+0 bis 13+6, entsprechend SSL 45,0 – 84,0 mm) „Ersttrimester-Screening“ € 52,40
- Teil 2: AFP, hCG, freies Estriol und Inhibin A im 2. Trimester (SSW 14+0 bis 19+6) € 72,85

Bitte Labornummer des Vorbefunds (Teil 1) angeben: \_\_\_\_\_

#### Integrierter Serumtest (ohne NT)\* (86%)

PAPP-A im 1. Trimester (SSW 10+0 bis 12+6) AFP, hCG, freies Estriol und Inhibin A im 2. Trimester (SSW 14+0 bis 19+6) € 93,25

### Zweites Trimester (SSW 14+0 bis 19+6)

- Quadruple-Test: AFP, hCG, freies Estriol und Inhibin A\* (81%) € 72,85
- Triple-Test: AFP, hCG und freies Estriol\* (69%) € 43,71
- Alleinige Bestimmung von AFP zur Erkennung eines Neuralrohrdefekts € 14,57

\* nach Gendiagnostikgesetz Einwilligung erforderlich (siehe Rückseite)

Notwendiges Material: 1 ml Serum, welches direkt nach der Entnahme und dem Durchgerinnen zentrifugiert und **vom Blutkuchen getrennt** wurde. Vor Überwärmung auf mehr als 25 °C schützen! Im Sommer kann ein gekühlter Transport notwendig sein. Hierzu können Sie unter Telefon 0711/63 57-104 entsprechendes Versandmaterial bestellen (Kühlaggregate für den Postversand). Die Probe sollte möglichst innerhalb von 24, maximal 48 Stunden im Labor eintreffen.

Ultraschalluntersuchung durchgeführt von

Praxisstempel

### Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft

Die in **grün** gedruckten Angaben sind für einen zertifizierten Befund im ersten Trimester obligat.

SSW sonographisch  +

SSW rechnerisch  +

**Datum der 1. Blutentnahme**       Uhrzeit

Datum der 2. Blutentnahme       Uhrzeit

**Datum der Ultraschalluntersuchung**       Uhrzeit

**Gewicht der Patientin**      kg

**SSL** Fet 1     mm Fet 2     mm

**NT** (mm, auf eine Stelle nach dem Komma genau) Fet 1     mm Fet 2     mm

**BIP** Fet 1     mm Fet 2     mm

**Einling**  **Gemini** dichorial  **Gemini** monochorial

**Parität**  Nullipara   $\geq$  1-Para

**Frühere Schwangerschaften mit Trisomie 21 / 18 / 13**  nein

Trisomie 21  Trisomie 18  Trisomie 13

Konzeption durch IVF/ICSI

Eizellspende, Alter der Spenderin: \_\_\_\_\_ Jahre

Nasenbein (kann nur bei vorliegender Lizenzierung berücksichtigt werden)

vorhanden \_\_\_\_\_ mm  nicht vorhanden

Weitere Ultraschallbefunde: \_\_\_\_\_

Nichtraucherin  Raucherin Anzahl Zigaretten/d \_\_\_\_\_

Ethnische Herkunft:  Weiße Hautfarbe

Anderes Herkunftsland:

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus.:  nein  ja

Eilige Befundübermittlung  auf die bekannte Faxnummer

auf folgende Faxnummer \_\_\_\_\_  telef. \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert worden, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der Anforderungen selbst bezahlen. **Hinzu kommen 3,73 € Versandgebühren.**

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

### zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz durch das Labor Enders

Vorgesehene Untersuchung:

Vorgeburtliche Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Kind

*Ziel einer vorgeburtlichen Risikoanalyse ist das Ermitteln der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Trisomie 21, 13 oder 18 bei Ihrem Feten vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung nicht um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.*

Patientendaten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße	PLZ/Ort
--------	---------

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an die Patientin nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch das Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zweck der internen Qualitätssicherung verwendet wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass folgende weitere Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort	Datum	Unterschrift der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters
-----	-------	---

(Name des aufklärenden Arztes)	Unterschrift des aufklärenden Arztes
--------------------------------	--------------------------------------