

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

Kostenträger: Privatpatient Rechnung an Einsender

LABOR ENDERS

Prof. Gisela Enders & Partner · Medizinische Diagnostik
Rosenbergstr. 85 70193 Stuttgart Tel. 0711 6357-0 Fax 0711 6357-202

Untersuchungsauftrag Präeklampsie-Screening

selbstzahlender Kassenpatient

Ultraschalluntersuchung durchgeführt von

Praxisstempel

Berechnung des Präeklampsie-Risikos

(SWW 11+0 bis 14+0)

Laborkosten € 64,12^{*)}

^{*)} 43,72 € wenn PAPP-A schon im Rahmen des 1.Trimester-Screenings untersucht wurde.

Notwendiges Material: 1 ml Serum, welches direkt nach der Entnahme und dem Durchgerinnen zentrifugiert und vom **Blutkuchen getrennt** wurde.

Eilige Befundübermittlung erwünscht

- auf die bekannte Faxnummer
- auf folgende Faxnummer _____
- telefonisch _____

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

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft

Die in **grün** gedruckten Parameter sind für die Berechnung notwendig.

SSW sonographisch +

SSW rechnerisch +

Datum der Blutentnahme Datum Uhrzeit

Datum der Ultraschalluntersuchung

Gewicht der Patientin kg

Größe der Patientin cm

SSL mm

Aa. uterinae-Doppler-PI¹⁾ re. li.

Blutdruck re. Arm syst. / diast. / mmHg

Blutdruck li. Arm syst. / diast. / mmHg

Bluthochdruck in der Anamnese nein ja
Diabetes mellitus, insulinpflichtig nein ja

Einling Gemini (derzeit keine Risikoberechnung)

Parität: Nullipara ≥ 1-Para

Präeklampsie in früherer Schwangerschaft

Nichtraucherin Raucherin, Anzahl Zigaretten / d _____

Ethnische Herkunft

- weiße Hautfarbe
- anderes Herkunftsland: _____

¹⁾ FMF-Zertifizierung erforderlich