

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

LABOR ENDERS

Prof. Gisela Enders & Partner · Partnerschaftsgesellschaft
Rosenbergstraße 85, 70193 Stuttgart, Tel. 0711 6357-0, Fax 0711 6357-202

Untersuchungsauftrag für zusätzliche Untersuchungen in der Schwangerschaft

Kostenträger:

- selbstzahlender Kassenpatient Privatpatient Rechnung an Einsender

GOÄ-Ziffer Kosten

- | | | |
|---|-------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft (Glucose-Belastungstest) mit 75 g (bevorzugtes Verfahren) | | |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft (Glucose-Belastungstest) mit 50 g | | |
| <input type="checkbox"/> Bestimmung von TSH (Schilddrüsenfunktion) | 4030 | € 14,57 |
| <input type="checkbox"/> Screening auf Trisomie 21 im 1. Trimester (1. Trimester-Screening) SSW 11+0 – 13+6* | | € 52,40 |
| <input type="checkbox"/> Triple-Test in SSW 14+0 – 19+6* | | € 43,71 |
| <input type="checkbox"/> Quadruple-Test in SSW 14+0 – 19+6* | | € 72,85 |
| <input type="checkbox"/> Bestimmung von AFP z. A. Neuralrohrdefekt (SSW 14+0 – 19+6) | 3743 | € 14,57 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Zytomegalie-Virusinfektion (IgG-Bestimmung) | 4378 | € 13,99 |
| <input type="checkbox"/> + Ausschluss akute Zytomegalie-Virusinfektion (IgM-Bestimmung) | 4390 | € 17,49 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Windpocken (Varizella-Zoster-Virusinfektion) (IgG-Bestimmung) | 4388 | € 13,99 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Ringel-Röteln-Virusinfektion (IgG-Bestimmung) | 4389 | € 13,99 |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss akute Ringel-Röteln-Infektion (IgM-Bestimmung) | 4400 | € 17,49 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Toxoplasmose (IgG-Bestimmung) | 4468 | € 20,40 |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss akute oder kürzliche Toxoplasmose (IgM-Bestimmung) | 4468 | € 20,40 |
| <input type="checkbox"/> B-Streptokokken-Screening vaginal/rektal <input type="checkbox"/> vaginal/perianal ¹ | 4530 + 4532 | € 4,66
€ 5,83 |
| empf. ab SSW 35; immer SSW angeben! | | € 10,49 |
| <input type="checkbox"/> Gonokokken-Kultur ¹ | 4538 | € 7,00 |
| | + 4532 | € 5,83 |
| ¹ Abstriche in bakteriol. Transportmedium (Gelröhrchen) einsenden | | € 12,83 |

* nach Gendiagnostikgesetz Einwilligung erforderlich (siehe Rückseite)

Hinzu kommen Versandkosten (€ 3,73) sowie Kosten für Blutentnahme und Beratung.

Eilige Befundübermittlung auf die bekannte Faxnummer

auf folgende Faxnummer _____ telef. _____

Praxisstempel

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft

Gravidität: - Gravida Parität: - Para

SSW sonographisch +

SSW rechnerisch +

Letzte Regel

Voraussichtlicher Entbindungstermin

Datum der Blutentnahme

Uhrzeit der Blutentnahme

Datum der Ultraschalluntersuchung

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

Nasenbein vorhanden ja nein
(kann nur bei vorliegender Lizenzierung berücksichtigt werden) _____ mm

Ultraschalluntersuchung durchgeführt von _____

Einling Gemini dichorial Gemini monochorial

Frühere Schwangerschaften mit Trisomie 21 / 18 / 13
 nein ja, welche:

Raucherstatus Nichtraucherin Raucherin

Ethnische Herkunft Weiße Hautfarbe Andere Hautfarbe

Diabetes ja nein

Die Aufklärungsbroschüre über Untersuchungen in der Schwangerschaft habe ich gelesen und bin dazu auch mündlich beraten worden. Mir ist bekannt, dass die entstehenden Kosten von mir selbst getragen werden müssen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

Vorgesehene Untersuchung:

- Genotypisierung Faktor V und/oder Prothrombin-Mutation
- Andere Genanalyse: _____
- 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 den Patienten 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 folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten: _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters _____

(Name des aufklärenden Arztes) _____ Unterschrift des aufklärenden Arztes _____