

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 zusätzliche Untersuchungen in der Schwangerschaft

Kostenträger:

- selbstzahlende Kassenpatientin Privatpatientin

Labor-
kosten

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft (Glucose-Belastungstest) mit 75 g | € 6,99 |
| <input type="checkbox"/> Bestimmung von TSH | € 14,57 |
| <input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening mit Berücksichtigung der NT (SSW 11+0–13+6)* | € 52,40 |
| <input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening ohne NT (SSW 11+0–13+6)* | € 34,97 |
| Harmony-Test: NIPT | |
| <input type="checkbox"/> auf Trisomie 13, 18 und 21 (ab SSW 10+0)* | € 399,00 |
| <input type="checkbox"/> nur Trisomie 21 (ab SSW 10+0)* | € 333,00 |
| ggf. mit Geschlechts- oder XY-Analyse nur in Spezialmedium mit eigenem Anforderungsformular , Bestellung unter 07071-56544430 (Cenata GmbH, Tübingen) | |
| <input type="checkbox"/> Bestimmung von AFP z. A. Neuralrohrdefekt (SSW 14+0 – 19+6) | € 14,57 |
| <input type="checkbox"/> Frühes Präeklampsie-Screening (SSW 11+0–13+6) (s. gesonderter Anforderungsschein) | € 27,98 ¹
€ 48,38 ² |
| <input type="checkbox"/> sFlt-1/PIGF-Quotient zur Diagnose einer Präeklampsie ab SSW 18 | € 55,96 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Zytomegalie-Virus (IgG-Ak) | € 13,99 |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss <i>akute</i> Zytomegalie-Virus-Infektion (IgM-Ak) | € 17,49 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Windpocken (Varizella-Zoster-Virus) (IgG-Ak) | € 13,99 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Ringelröteln (Parvovirus B19) (IgG-Ak) | € 13,99 |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss <i>akute</i> Ringelröteln (IgM-Ak) | € 17,49 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Röteln | € 13,99 |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss <i>akute</i> Röteln (IgM-Ak) | € 17,49 |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss Hepatitis C (AK-Bestimmung) | € 23,31 |
| <input type="checkbox"/> Immunität gegen Toxoplasmose (IgG-Ak) | € 20,40 |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss Toxoplasmose (IgM-Ak) | € 20,40 |
| <input type="checkbox"/> B-Streptokokken-Screening | |
| <input type="checkbox"/> vaginal/rektal <input type="checkbox"/> vaginal/perianal ⁴ | € 14,57 |
| ab SSW 35; immer SSW angeben! | |
| <input type="checkbox"/> Gonokokken-NAT ³ | € 52,46 |
| <input type="checkbox"/> Gonokokken-Kultur ⁴ | € 12,83 |

¹ bei gleichzeitigem Ersttrimester-Screening

² als separate Leistung

³ Aptima-Röhrchen

⁴ Abstriche in bakteriol. Transportmedium (Gelröhrchen) einsenden

Praxisstempel

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft

Gravidität: - Gravida Parität: - Para

SSW sonographisch +

SSW rechnerisch +

Letzte Regel

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 nein ja

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.

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

* nach Gendiagnostikgesetz Einwilligung erforderlich (siehe Rückseite)

Eilige Befundübermittlung auf die bekannte Faxnummer

auf folgende Faxnummer _____ telef. _____

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

Vorgesehene Untersuchung: 1. Trimester Screening (ETS, FTS)

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.

Andere Genanalyse: _____

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 und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials und aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann.

Über das Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses wurde ich informiert. Ich habe alle bis zum Zeitpunkt des Widerrufs entstandenen Analysekosten zu tragen.

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 _____