

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

LABORENDERS

Prof. Dr. med. G. Enders MVZ

Rosenbergstr. 85 • 70193 Stuttgart • Tel. 0711 / 6357-0 • Fax -202



Pränatales Screening auf Chromosomenstörungen und Präeklampsie im ersten Trimester

Barcode ggf. hier einkleben



Kostenträger: ☐ Selbstzahlerin/IGeL ☐ Privatpatientin ☐ Einsender / Klinik

Patientendaten (Die in **grün** gedruckten Angaben sind für einen zertifizierten ETS-Befund sowie für das Präeklampsiescreening obligat)

Datum Blutentnahme Datum Ultraschall

SSW + Tag Gewicht der Patientin kg

SSL Fetus 1 mm Parität ☐ Nullipara ☐ ≥1-Para

SSL Fetus 2 mm Insulinpfl. Diabetes ☐ nein ☐ Typ I ☐ Typ II

Raucherstatus ☐ Raucherin ☐ Nichtraucherin

Herkunft: ☐ weiß: europäisch/kaukasisch ☐ südasiatisch ☐ ostasiatisch

☐ südostasiatisch ☐ afro-karibisch ☐ andere

Falls Zuordnung unklar, bitte nur Herkunftsland angeben

☐ Einling ☐ Gemini dichorial ☐ Gemini monochorial, diamnial ☐ Gemini monochorial, monoamnial

Konzeption: ☐ spontan ☐ Stimul. ohne IVF ☐ IVF/ICSI-Schwangers m. ovar. Stimul.

☐ eigene Eizelle, Alter z. Z. des Einfrierens: Jahre ☐ Eizellspende, Alter der Spenderin: Jahre

Einsender

Duplikatsbefund an:
(Einverständnis nach GenDG erforderlich!)

Ultraschall durchgeführt von:

* Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz
erforderlich (siehe Rückseite)

Ersttrimester-Screening auf Chromosomenstörungen: SSL 45-84 mm

NT Fet 1 mm NT Fet 2 mm Vorausgegangene Trisomien:

☐ Trisomie 21 ☐ Trisomie 13 ☐ Trisomie 18

nur mit entsprechender zusätzlicher Lizenz in die Berechnung einbeziehbar

Nasenbein Fet 1 ☐ darstellbar ☐ nicht darstellbar Fet 2 ☐ darstellbar ☐ nicht darstellbar

Tricuspidalfluss Fet 1 ☐ normal ☐ Regurgitation Fet 2 ☐ normal ☐ Regurgitation

D. venosus α-Welle Fet 1 ☐ normal ☐ fehlend ☐ revers Fet 2 ☐ normal ☐ fehlend ☐ revers

Gewünschte Testvariante:

☐ Trisomie-Risiko (21/18/13) mittels PAPP-A, freiem **€ 52,40** ☐ MoM-Werte PAPP-A + freies β-hCG **€ 34,97**

β-hCG, Nackentransparenz* (SSL 45-84 mm) ☐ DoE-Werte PAPP-A + freies β-hCG **€ 34,97**

☐ Trisomie-Risiko (21/18/13) mittels PAPP-A, freiem **€ 80,38** ☐ nur Messwerte PAPP-A + fr. β-hCG **€ 34,97**

β-hCG, PIGF, Nackentransp.* (SSL 45-84 mm) nur mit englischer Lizenz

☐ Trisomie-Risiko (21/18/13) biochemisch **€ 34,97** ☐ MoM-Wert PAPP-A **€ 20,40**

(PAPP-A, freies β-hCG)* (SSL 45-84 mm) ☐ MoM-Wert PIGF **€ 27,98**

Präeklampsie-Screening: SSL 45-83,1 mm (nur bei Einlingen möglich)

Ein Präeklampsie-Risiko kann nur bei Angabe aller Patientendaten (gelbes Feld) und aller unten stehenden Daten berechnet werden

☐ Präeklampsie-Screening (PAPP-A/PIGF) **€ 48,38**** Körpergröße Schwangere cm Aa. uterinae-Doppler PI rechts links

☐ Präeklampsie-Screening (nur PIGF) **€ 27,98**** Arterieller Blutdruck rechts / mmHg links / mmHg

☐ nur Messwerte PAPP-A + PIGF **€ 48,38**** zweite Messung rechts / mmHg links / mmHg

☐ nur Messwert PIGF **€ 27,98****

Angaben zu vorausgegangenen Schwangerschaften

Anzahl Geburten in SSW 16 - 30

Anzahl Geburten in SSW 31 - 36

Anzahl Geburten in SSW ≥ 37

Angaben zur letzten Schwangerschaft:

Wochen + Tage Geburtsgewicht g

Gestationsalter bei Geburt

Intervall zwischen aktueller und letzter Schwangerschaft Jahre

Gemini in letzter Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja

Anamnestische Angaben

Vorausgegangene Präeklampsie ☐ nein ☐ ja

Präeklampsie der Mutter d. Pat. ☐ nein ☐ ja

Fehl- / Totgeburten ☐ nein ☐ ja

Chron. arterielle Hypertonie ☐ nein ☐ ja

System. Lupus erythematodes ☐ nein ☐ ja

Antiphospholipidsyndrom ☐ nein ☐ ja

****Laborkosten Präeklampsie-Screening zusammen mit Ersttrimester-Screening: € 27,98 - mit Ersttrimester-Screening incl. PIGF ohne Mehrkosten**

Hinweise zu Blutentnahme und Versand

Notwendiges Material: 1 ml Serum, welches direkt nach der Blutentnahme und dem Durchgerinnen zentrifugiert und vom Blutkuchen getrennt wurde. Serum vor Überwärmung auf mehr als 25 °C schützen! Im Sommer kann ein gekühlter Transport notwendig sein. Hierzu können Sie unter Telefon 0711 / 6357-104 entsprechendes Versandmaterial (Kühlaggregate für den Postversand) kostenfrei bestellen. Die Probe sollte möglichst innerhalb von 24 Std. (max. 48 Std.) im Labor eintreffen.



01/2025

0053 0022 09

Eilige Befundübermittlung erwünscht

☐ auf die bekannte Faxnummer

☐ auf folgende Faxnummer:

Ich bin darüber informiert worden, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der Anforderung selbst bezahlen.

Hinzu kommen 5,54 € Versandgebühren

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Preise gelten zum Zeitpunkt der Drucklegung - Änderungen vorbehalten.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung
nach dem Gendiagnostik-Gesetz durch das Labor Enders



0053 0023 00

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, 18 oder 13 bei Ihrem ungeborenen Kind vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung NICHT um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung. 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.

☐ Ja☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.

☐ Ja☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.

☐ Ja☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgender weiterer Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält:

☐ Ja☐ Nein

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des aufklärenden Arztes