

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

LABORENDERS

Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen 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: Selbstzahler/IGel Privatpatientin Einsender / Klinik

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

Datum Blutentnahme Entnahme-Uhrzeit

Datum Ultraschall Gewicht der Patientin kg

SSL Fetus 1 mm SSW sonografisch +

SSL Fetus 2 mm

Parität: Nullipara >= 1-Para Nichtraucherin Raucherin

Einling Gemini dichorial Gemini monochoorial

IVF/ICSI-Schwangerschaft mit ovarieller Stimulation Eizellspende, Alter der Spenderin: _____ Jahre

Herkunft: weiße Hautfarbe (europäisch/kaukasisch) sonstige Herkunft: _____

Insulinpflichtiger Diabetes nein ja

Einsender

Duplikatsbefund an:
(Einverständnis nach GenDG erforderlich!)

Ultraschall durchgeführt von:

Ersttrimester-Screening auf Chromosomenstörungen

Vorausgegangene Trisomien: Trisomie 21 Trisomie 18 Trisomie 13

Fetus 1 NT mm Nasenbein Fet 1 nachweisbar nicht nachweisbar

Fetus 2 NT mm Nasenbein Fet 2 nachweisbar nicht nachweisbar

Weitere Ultraschallmarker: _____

Gewünschte Testvariante:

Laborkosten

Trisomie-21-Risiko mittels PAPP-A, freiem β -hCG und Nackentransparenz * (SSL 45 - 84 mm) € 52,40

Trisomie-21-Risiko mittels PAPP-A, freiem β -hCG, PIGF und Nackentransparenz * (SSL 45 - 84 mm) € 80,38

Trisomie-21-Risiko biochemisch (PAPP-A, freies β -hCG) * (SSL 45 - 84 mm) € 34,97

MoM-Werte PAPP-A + freies β -hCG

DoE-Werte PAPP-A + freies β -hCG

nur Messwerte PAPP-A + freies β -hCG

Laborkosten jeweils € 34,97

* Einwilligung nach Gendiagnostik-Gesetz erforderlich (siehe Rückseite)

Präeklampsie-Screening eine Berechnung des Präeklampsie-Risikos ist nur bei Angabe aller unten stehenden Daten möglich

Körpergröße Schwangere cm

Aa. uterinae-Doppler PI rechts links

Arterieller Blutdruck rechts / mmHg links / mmHg Chronische arterielle Hypertonie? nein ja

zweite Messung rechts / mmHg links / mmHg

Angaben zu vorausgegangenen Schwangerschaften (falls nicht Nullipara):

Anzahl spontane Geburten in SSW 16 - 30 Anzahl spontane Geburten in SSW 31 - 36 Anzahl Entbindungen in oder nach SSW 37

Angaben zur letzten Schwangerschaft: Gestationsalter bei Geburt Wochen + Tage Geburtsgewicht g

Gemini in letzter Schwangerschaft nein ja Intervall zwischen aktueller und letzter Schwangerschaft Jahre

Vorausgegangene Präeklampsie? nein ja Mutter der Schwangeren hatte eine Präeklampsie nein ja

Sonstige anamnestische Angaben:

Antiphospholipidsyndrom? nein ja Systemischer Lupus erythematodes? nein ja

Laborkosten Präeklampsie-Screening: Ohne Ersttrimester-Screening: € 48,38, mit Ersttrimester-Screening: € 27,98, bei ETS mit 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.



01/2020

0053 0022 07

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 3,73 € Versandgebühren.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

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:

Form containing four consent questions with 'Ja' and 'Nein' checkboxes. The questions relate to: 1) storage of samples for further testing, 2) use of anonymized material for quality assurance, 3) storage of results for up to 10 years, and 4) forwarding of results to other doctors.

Ort Datum Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes Unterschrift des aufklärenden Arztes

