

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

LABOR ENDERS

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 sowie für das Präeklampsiescreening 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 monochorial

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

Herkunft: ☐ weiße Hautfarbe (europäisch/kauasisch) ☐ 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

☐ MoM-Werte PAPP-A + freies β -hCG

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

☐ DoE-Werte PAPP-A + freies β -hCG

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

☐ nur Messwerte PAPP-A + freies β -hCG

Laborkosten jeweils € 34,97

* Einwilligung nach Gendiagnostik-Gesetz erforderlich (siehe Rückseite)

Präeklampsie-Screening (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) ☐ Präeklampsie-Screening (nur PIGF) ☐ PIGF-Messwert ohne Berechnung des Risikos

Körpergröße Schwangere cm

Aa. uterinae-Doppler PI rechts links

Arterieller Blutdruck rechts / mmHg

links / mmHg

zweite Messung rechts / mmHg

links / mmHg

Chronische arterielle Hypertonie? ☐ nein ☐ ja

Angaben zu vorausgegangenen Schwangerschaften (falls nicht Nullipara):

Anzahl Geburten in SSW 16 - 30 Anzahl Geburten in SSW 31 - 36 Anzahl Geburten in SSW ≥ 37 Fehl- / Totgeburten ☐ nein ☐ ja

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 erythematoses ☐ nein ☐ ja

Laborkosten Präeklampsie-Screening: Ohne Ersttrimester-Screening: EUR 48,38, mit Ersttrimester-Screening: EUR 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.

01/2024

0053 0022 08

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 4,25 € 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