

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:  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

Herkunft:  weiß: europäisch/kaukasisch  südasiatisch  ostasiatisch  südasiasisch  afro-karibisch  andere Falls Zuordnung unklar, bitte nur Herkunftsland angeben

Raucherstatus  Raucherin  Nichtraucherin

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!)

### 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 β-hCG, Nackentransparenz\* (SSL 45-84 mm) € 52,40  MoM-Werte PAPP-A + freies β-hCG € 34,97

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

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

Ultraschall durchgeführt von:

\* Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz erforderlich (siehe Rückseite)

### 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   g  
Gestationsalter bei Geburt Geburtsgewicht

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 erythematoses  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.



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 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



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 with four consent questions and checkboxes for Ja/Nein.

Ort Datum Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes Unterschrift des aufklärenden Arztes

