

Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Praenatal-Medizin  
und Genetik  
Graf-Adolf-Straße 35  
40210 Düsseldorf  
Telefon 0211-38457-0  
Telefax 0211-38457-33  
institut@praenatal.de  
www.praenatal.de



## Untersuchungsauftrag Screening 12-14 SSW

(Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!)

### Einsender (Arztstempel)

Name des durchführenden Arztes \_\_\_\_\_

### Befund-Kopie:

- für Patientin  
 an weiteren Arzt \_\_\_\_\_

### Zertifiziert durch:

- FMF-Deutschland, Nr. \_\_\_\_\_  
 FMF-London, Nr. \_\_\_\_\_  
 Keine aktuelle Zertifizierung  
(NT und Nasenbein können nicht berücksichtigt werden)  
**Risikoberechnung erwünscht**  Ja  Nein

### Kostenträger

- |  |  |
|--|--|
| <b>Privatpatientin</b>                         | <b>Selbstzahlerleistungen (IGeL)</b>           |
| <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender | <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender |
| <input type="checkbox"/> Rechnung an Patientin | <input type="checkbox"/> Rechnung an Patientin |

### Angaben zur Schwangerschaft

Gravida: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
Letzte Periode: \_\_\_\_\_  
SSW p.m.: \_\_\_\_\_ SSW nach US: \_\_\_\_\_  
 Einling  
 Mehrlinge (Anzahl) \_\_\_\_\_ Chorionizität: \_\_\_\_\_  
Ethnische Herkunft: \_\_\_\_\_ Gewicht d. Pat. (kg): \_\_\_\_\_  
Raucherin:  Nein  Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_  
Insulinpflichtiger Diabetes:  Nein  Ja  
Sterilitätsbehandlung:  Nein  Ja, (Welche) \_\_\_\_\_

### Angaben zum Ultraschall (US)

SSL (mm): \_\_\_\_\_ NT (mm): \_\_\_\_\_  
Nasenbein:  Nicht gemessen  
 Darstellbar (mm): \_\_\_\_\_  
 Nicht darstellbar  
Weitere Marker: \_\_\_\_\_  
Datum US & Blutentnahme: \_\_\_\_\_  
(Genauere Angaben zum Proben-Handling siehe Rückseite)

### Bemerkungen

### Indikationen

Wunsch der Patientin  Ja  Nein  
Auffälliger Ultraschall  Nein  
 Ja (Welcher) \_\_\_\_\_  
Vorangegangene Chromosomenanomalie  Nein  
 Ja >  Trisomie 21  Trisomie 18  Trisomie 13  
 andere \_\_\_\_\_  
Fehlbildung in vorangegangener Schwangerschaft  Nein  
 Ja (Welche) \_\_\_\_\_

### Wird vom Labor ausgefüllt

Patienten-Nr. \_\_\_\_\_  
Freies  $\beta$ -HCG \_\_\_\_\_  
PAPP-A \_\_\_\_\_  
Annahme am / von \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_  
 Angaben unvollständig \_\_\_\_\_  
 Rückruf bei Einsender  Probe nicht beschriftet  
 Material \_\_\_\_\_  Bilder \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

Ich wünsche die Durchführung des Bluttests (PAPP-A,  $\beta$ -HCG) im Rahmen des Screenings 12 – 14 SSW. Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten Untersuchung und deren möglichen Ergebnisse / Konsequenzen aufgeklärt. Mir sind die gesundheitlichen Risiken der hierfür notwendigen Probenentnahme(n) bewusst.

Ich bin mit der Befundmitteilung an die o.g. Ärztin / den o.g. Arzt einverstanden.  nein  
Restliches Probenmaterial darf in pseudonymisierter Form zu qualitätssichernden Maßnahmen verwendet werden.  nein  
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.  nein

Ich kann jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Einwilligungserklärung widerrufen bzw. die Ergebnisse bzw. Proben dieser Untersuchung vernichten lassen. Alle persönlichen Angaben und Ergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nicht ohne meine Erlaubnis an Dritte weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass es sich hierbei um eine Selbstzahlerleistung handelt. Eine spätere Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht möglich (nach §12 Abs. SGB V). Die Kosten in Höhe von Euro 50,00 werde ich nach Erhalt der Rechnung begleichen.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patientin \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Ärztin / Arzt \_\_\_\_\_

bitte wenden

12/01/09\_V06

## Hinweise zu Entnahme, Lagerung und Versand von Proben für das Ersttrimester-Screening

Wir stellen Ihnen Informationsmaterial, Auftragsformulare, Probengefäße und Versandmaterial zur Verfügung

- > Telefon: 0211-38457-0 zwischen 7:30 und 20:00 Uhr
- > Email: [institut@prae natal.de](mailto:institut@prae natal.de)
- > Fax: 0211-38457-33 > Bitte unser Bestellformular nutzen!  
(Bestellformular: telefonisch anfordern oder unter [www.praenatal.de](http://www.praenatal.de) herunterladen)

Bitte beachten Sie die allgemeinen Voraussetzungen zur Durchführung des Ersttrimester-Screenings (siehe Richtlinien der FMF Deutschland [www.fmf-deutschland.info](http://www.fmf-deutschland.info) bzw. FMF London [www.fetalmedicine.com](http://www.fetalmedicine.com) ...)

- > Blutentnahme, NT-Messung und SSL-Messung sollten am selben Tag erfolgen!
- > SSL-Messung: Angabe in mm; Risikoberechnungen für Trisomie 21 nur von SSL 45 – 84 mm möglich
- > NT-Messung: Angabe in mm

Für die Bestimmung von PAPP-A und  $\beta$ -HCG benötigen wir (1-2 ml) Serum:

Vorgehensweise:

- > Patientin muss nicht nüchtern sein
- > ca. 10 ml Vollblut mit Serumröhrchen abnehmen
- > diese Probe ca. 10 min. bei Raumtemperatur gerinnen lassen
- > danach 10 min bei 3000 U/min. zentrifugieren
- > das obenschwimmende Serum in ein Probenröhrchen pipettieren
- > Probenröhrchen mit Namen, Vornamen und Geburtsdatum (z.B. durch Aufkleber) der Patientin kennzeichnen und in die beigefügten Trägergefäße geben
- > dieses zusammen mit dem vollständig ausgefüllten Begleitformular, in die vorfrankierte Versandtasche stecken (Anforderung von Versandmaterial s.o.).

Versand der Proben schnellstmöglich (innerhalb von 3 Tagen)

- > per regulärer Post oder
- > durch unseren Kurierdienst >> Kontakt über Telefon: 0211-38457-27

Falls Lagerung erforderlich: bitte das Serum einfrieren (kein Vollblut einfrieren!). Vor einem Wochenende / Feiertag abgenommenes Serum einfrieren und am Montag /nächsten Werktag direkt einsenden.