

Anforderungsbeleg und Laborarbeitsblatt

- Screening auf Chromosomenstörungen und/oder
- Pränataldiagnostik im 1. Trimenon (SSL 45-84 mm)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Rechnung		
selbstzahlender Kassenpatient <input type="checkbox"/>	Privatpatient <input type="checkbox"/>	Rechnung an einsendende Praxis <input type="checkbox"/>

Materialentnahme

Probenentnahme: Tag: _____ Uhrzeit: _____ Material: Vollblut Serum
 Serumgewinnung: Tag: _____ Uhrzeit: _____ Serum gefrostet: ja nein

Sonografische Untersuchung

SSW bei Probenentnahme: am _____

rechnerisch:	_____	+	_____
sonografisch:	_____	+	_____

	Fet 1		Fet 2
Scheitel-Steiß-Länge:	_____, ____ mm		_____, ____ mm

Nackentransparenz:	_____, ____ mm		_____, ____ mm
--------------------	----------------	--	----------------

fetale Herzfrequenz:	_____ SpM		_____ SpM
----------------------	-----------	--	-----------

Nasenbein vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar
----------------------	--	--	--

Chorionizität (notwendig bei Geminischwangerschaft): dichorial diamniotisch monochoorial diamniotisch monochoorial monoamniotisch andere _____

Einsender (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

Patientendaten

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Anzahl früherer Geburten: _____

frühere Schwangerschaft mit Trisomie 21/ 18/ 13:

wenn ja: Tris 21 Tris 18 Tris 13

Raucherin: ja nein

Diabetes mellitus: ja nein

wenn ja: Typ 1 Typ 2 Gestationsdiabetes

IVF Schwangerschaft: ja nein Ovulationsauslöser ohne IVF

wenn ja: Art der IVF: IVF ICSI homologe Insemination heterologe Insemination

eingefrorene Eizelle: ja nein

Datum der Eizellentnahme: _____ Konzeptionsdatum: _____

Eizellspende: ja nein wenn ja, Geburtsdatum der Spenderin: _____

ethnische Zugehörigkeit:

weiß (Europa, Mittlerer Osten, Nahost, Nordafrika, Nordamerika, Lateinamerika)

ostasiatisch (China, Japan, Korea)

schwarz (Afrika, Karibik, Afro- Amerikanisch)

südasiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)

südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)

andere _____

Daten für Pränataldiagnostik

Nur für Einsender mit Zertifizierung für das Pränataldiagnostik!

chronische Hypertonie: ja nein

system. Lupus erythematosus: ja nein

Anti-Phospholipid-Syndrom: ja nein

frühere Schwangerschaft mit:

Pränataldiagnostik ja nein

„small for gestational age“ Baby ja nein

familiäre Pränataldiagnostik (Mutter): ja nein

arterieller Blutdruck: systolisch / diastolisch

linker Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg

Messung 2 _____ / _____ mmHg

rechter Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg

Messung 2 _____ / _____ mmHg

Aa. uterinae Pulsatilitätsindex: links _____ rechts _____

Ab hier nur vom Labor auszufüllen!

Interpretation Screening auf Chromosomenstörungen: _____

Interpretation Pränataldiagnostik: _____

Wissenschaftlicher Bearbeiter

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse:

Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik

Friedrichstraße 38 – 40 · 01067 Dresden

E-Mail: info@praxisverbund-humangenetik.de

Tel. Labor: 0351 / 492 78 900 · Fax: 0351 / 492 78 955

Alle Formulare finden Sie unter: www.praxisverbund-humangenetik.de

Information und Einwilligungserklärung zum Screening auf Chromosomenstörungen und zum Präeklampsiescreening

im 1. Schwangerschaftsdrittel (SSL 45,0 mm – SSL 84,0 mm)

Sehr geehrte Patientin,

mit Hilfe einer Laboruntersuchung aus Ihrem Blut ist es möglich, ein für Sie **individuelles Risiko für die Geburt eines Kindes mit einer Chromosomenanomalie** zu ermitteln. Ein auffälliges Testergebnis besagt aber nicht, dass das Kind diese Störung mit Sicherheit haben wird. Es handelt sich um ein Screening, welches ggf. zu weiteren Untersuchungen Anlass sein kann. Andererseits schließt ein unauffälliges Testergebnis nicht mit absoluter Sicherheit eine Störung aus. Ihre Ärztin/ Ihr Arzt wird Sie gern ausführlich über diese Untersuchung informieren.

Neben der erläuterten Laboruntersuchung auf Chromosomenstörungen kann die Berechnung eines **individuellen Risikos für die Entwicklung einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft (Präeklampsie)** durchgeführt werden. Hierfür ist es notwendig einen weiteren Blutparameter, den plazentaren Wachstumsfaktor PIGF, zu ermitteln. Bei einem auffälligen Testergebnis kann durch eine engmaschigere Vorstellung bei Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt und ggf. durch die vorbeugende Gabe von Acetylsalicylsäure (ASS) das Auftreten einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft vermieden werden.

Das Screening auf Chromosomenstörungen sowie das Präeklampsiescreening stellen keine vertragsärztlichen Leistungen dar. Wenn Sie eine solche Untersuchung wünschen, müssen Sie die folgenden Kosten selbst tragen:

- GOÄ € 33,52** – Screening auf Chromosomenstörungen
- GOÄ € 60,48** – Präeklampsiescreening
- GOÄ € 77,24** – Screening auf Chromosomenstörungen & Präeklampsiescreening

Einwilligung zur vorgeburtlichen Risikoabschätzung

Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten vorgeburtlichen Risikoabschätzung zu sprechen. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und die Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoabschätzung wünsche. Die oben genannten Kosten der jeweiligen Untersuchung werde ich selbst tragen.

Erklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für mögliche weitere diagnostische Untersuchungen archiviert werden. Die Untersuchungsergebnisse können über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ein Anspruch auf die Lagerung kann nicht erhoben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben zur Verwendung für Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form aufbewahrt werden können.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im o. g. Labor nicht möglich sein sollte.

— wenn nicht zutreffend bitte streichen —

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

Ort, Datum

verantwortliche ärztliche Person (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten