

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Rechnung an Patientin (Gebührenordnung für Ärzte, aktuelle Fassung)

# Untersuchungsauftrag Pränatales Screening 100

Erst-Trimester-Screening,  
Neuralrohrdefekt, Präeklampsie



9900018100



Vertragsarztstempel / Unterschrift  
der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person

Labornummer  
sample barcode  
000000

## Ergebnisübermittlung

Befund zusätzlich an:  Patientin  andere Ärzte (Anschrift): \_\_\_\_\_

## Untersuchungen

### Erst-Trimester-Screening\*

- PAPP-A, freies  $\beta$ -hCG (Analytik inkl. Risikoberechnung) 28,17 €  
**Risikoberechnung nur möglich bei einer SSL zw. 45,0 und 84,0 mm!**
- PAPP-A, freies  $\beta$ -hCG 28,17 €  
(Analytik ohne Risikoberechnung, Bericht der Messwerte)

### Neuralrohrdefekt-Screening

- AFP-Messung (SSW 14+0 - 19+6) 14,57 €

### Präeklampsie-Risiko 1. Trimester\*

- PIGF, PAPP-A 48,38 €

### Präeklampsie-Risiko 2./3. Trimester\*

- sFLT-1 / PIGF 55,96 €

\* **Probenmaterial:** mind. 4 ml Vollblut, ca. 30 min. nach Abnahme zentrifugieren, Serum abtrennen und taggleich ins Labor geben. Proben sollten nicht Temperaturen > 25°C ausgesetzt werden. Bei längerer Lagerung Serum einfrieren und gefroren ins Labor geben.

## Präeklampsie-Screening

Blutdruck linker Arm \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
rechter Arm \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
Widerstand Aa. Uterinae links \_\_\_\_\_ RI  
Aa. Uterinae rechts \_\_\_\_\_ RI

Anzahl vorangegangener Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

- bekannte Hypertonie  Antiphospholipidsyndrom
- vorhergehende Präeklampsie  system. Lupus erythematodes

Weitere (Familienanamnese, Vorbefunde, ...) \_\_\_\_\_

	Ziffer	X 1,0-fach	X 1,8-fach	X 2,3-fach	X 3,5-fach
<b>Beratung</b>	1			<input type="checkbox"/>	10,72 €
<b>Ausführliche Beratung</b>	3			<input type="checkbox"/>	20,11 €
<b>Ultraschall (US)</b>	415	<input type="checkbox"/>	17,49 €	<input type="checkbox"/>	31,84 €
	A 1006	<input type="checkbox"/>	110,75 €	<input type="checkbox"/>	40,22 €
		<input type="checkbox"/>	61,20 €	<input type="checkbox"/>	
<b>Zuschlag US</b>	403	<input type="checkbox"/>	8,74 €	<input type="checkbox"/>	15,74 €
<b>Blutentnahme</b>	250	<input type="checkbox"/>	4,20 €	<input type="checkbox"/>	
<b>Sonstiges</b>					

Der Patient wurde von mir entsprechend des **Gendiagnostikgesetzes** aufgeklärt und beraten, eine rechts-wirksame **Einwilligungserklärung** für die genetischen Untersuchungen liegt vor.

X \_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Stempel und Unterschrift der aufklärenden **ärztlichen Person**

Probenahme-Datum Gewicht \_\_\_\_\_ kg Körperlänge \_\_\_\_\_ cm

## Angaben zur Schwangerschaft

SSW am Tag der Blutentnahme + SSW + d

Einling

Gemini monochorial monoamniot  Gemini monochorial diamniot  Gemini dichorial

Raucherin nein  ja  Anzahl der Zigaretten/d \_\_\_\_\_

Diabetes nein  unbekannt  Typ I  Typ II diätetisch  Typ II insulinpflichtig   
Gestationsdiabetes diätetisch  Gestationsdiabetes insulinpflichtig

Ethnische Herkunft, wenn nicht Europa \_\_\_\_\_

## Frühere Schwangerschaften mit

Trisomie 21  Trisomie 18  Trisomie 13  Neuralrohrdefekt  andere \_\_\_\_\_

IVF/ICSI  eigene Eizelle ja  nein  **Zusätzlich bei Fremdeizelle**

Punktionsdatum \_\_\_\_\_ Datum der Spende \_\_\_\_\_  
Konzeptionsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsdatum bzw. \_\_\_\_\_  
Transferdatum \_\_\_\_\_ Alter der Spenderin \_\_\_\_\_

## Ultraschall

Untersucher: \_\_\_\_\_

FMF-Zertifizierungsnummer: \_\_\_\_\_

Datum Ultraschall

		Fetus 1	Fetus 2
<b>SSL (mm)</b>			
<b>NT (mm)</b>			
<b>Nasenbein</b>	darstellbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unsicher <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fehlend <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ductus venosus-Doppler</b>	normal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	auffällig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tricuspidalklappen-Doppler</b>	normal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Regurgitation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Megazystis</b>	≥ 7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Strukturelle Beurteilung des Feten</b>	normal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	auffällig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an das mit der Durchführung der Analysen beauftragte Labor. Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen durch die PVS Südwest GmbH (PVS). Die dazu erforderlichen Daten dürfen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderung an die PVS zum Einzug abgetreten werden, siehe besondere Einverständniserklärung der PVS.

Die ermittelten Laboregebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt.

X \_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters