

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# LABORENDERS

Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen MVZ  
Rosenbergstr. 85 • 70193 Stuttgart • Tel. 0711 / 6357-0 • Fax -202



## Pränatales Screening auf Chromosomenstörungen und Präeklampsie

Kostenträger:  Selbstzahler/IGeL  Privatpatientin  Einsender / Klinik

**Patientendaten** (Die in grün gedruckten Angaben sind für einen zertifizierten Befund im 1. Trimester obligat)

Datum 1. Blutentnahme	<input type="text"/>	Entnahme-Zeit	<input type="text"/>
Datum 2. Blutentnahme	<input type="text"/>	Entnahme-Zeit	<input type="text"/>
Datum Ultraschall	<input type="text"/>	SSW sonografisch	<input type="text"/> + <input type="text"/>
Gewicht der Patientin	<input type="text"/> kg	SSW rechnerisch	<input type="text"/> + <input type="text"/>
SSL Fet 1	<input type="text"/> mm	SSL Fet 2	<input type="text"/> mm

Parität:  Nullipara  >= 1-Para  Einling  Gemini dichorial  Gemini monochorial  
 IVF/ICSI-Schwangerschaft mit ovarieller Stimulation  
 Nichtraucher  Raucher Herkunft:  weiße Hautf.  sonstige: \_\_\_\_\_

Einsender

### Screening auf Chromosomenstörungen

Vorausgegangene Trisomien:  Trisomie 21  
 Trisomie 18  
 Trisomie 13

NT Fet 1	<input type="text"/> mm	NT Fet 2	<input type="text"/> mm
BIP Fet 1	<input type="text"/> mm	BIP Fet 2	<input type="text"/> mm
Nasenbein Fet 1	<input type="checkbox"/> nachweisbar _____ mm <input type="checkbox"/> nicht nachweisbar	Nasenbein Fet 2	<input type="checkbox"/> nachweisbar _____ mm <input type="checkbox"/> nicht nachweisbar

Weitere Ultraschallmarker: \_\_\_\_\_

Eizellspende, Alter der Spenderin: \_\_\_\_\_ Jahre  Insulinpflichtiger Diabetes mell.?  nein  ja

Duplikatsbefund an:  
(Einverständnis nach GenDG erforderlich!)

Ultraschall durchgeführt von: \_\_\_\_\_

### Screening auf Präeklampsie

Größe der Patientin  cm  Vorausgegangene Präeklampsie?  nein  ja

Aa. uterinae-Doppler PI rechts  links  Max. systol. Strömungsgeschwindigkeit (PSV) der Aa. uterinae rechts  links  cm/s

Art. Blutdruck rechts  /  mmHg links  /  mmHg Hochdruck in der Anamnese?  nein  ja

### Ersttrimester-Screening

SSW 11+0 bis 13+6, entsprechend SSL 45 - 84 mm

	Laborkosten	Erkennungsrate **
<input type="checkbox"/> Trisomie-21-Risiko mittels PAPP-A, freiem β-hCG und Nackentransparenz (NT) *	€ 52,40	89%
Berücksichtigung der NT nur bei gültiger FMF-Zertifizierung		
<input type="checkbox"/> Trisomie-21-Risiko mittels PAPP-A, freiem β-hCG, PIGF und Nackentransparenz (NT) *	€ 80,38	92%
Berücksichtigung der NT und von PIGF nur bei gültiger Zertifizierung der FMF London		
<input type="checkbox"/> Trisomie-21-Risiko biochemisch (PAPP-A, freies β-hCG) *	€ 34,97	75%
<input type="checkbox"/> MoM-Werte PAPP-A + freies β-hCG	€ 34,97	
<input type="checkbox"/> DoE-Werte PAPP-A + freies β-hCG	€ 34,97	
<input type="checkbox"/> nur Messwerte PAPP-A + freies β-hCG	€ 34,97	

### Präeklampsie-Screening

SSW 11+0 bis 13+6

Präeklampsie-Screening mit PAPP-A und PIGF

	Laborkosten:
ohne Ersttrimester-Screening	€ 48,38
mit Ersttrimester-Screening	€ 27,98
bei ETS mit PIGF	ohne Mehrkosten

### Zweites Trimester

SSW 14+0 bis 19+6

Alleinige Bestimmung von AFP (Neuralrohrdefekt) € 14,57

\* Einwilligung nach Gendiagnostik-Gesetz erforderlich (siehe Rückseite)  
 \*\* mittlere Trisomie-21-Erkennungsrate bei 5% Falsch-Positiv-Rate

### 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.



09/2016

0053 0022 05

### 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 3,73 € Versandgebühren.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

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 bei mir oder meinem minderjährigen Kind. 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. Questions cover: 1) Storage of sample for further testing, 2) Use of anonymized material for quality assurance, 3) Storage of results for up to 10 years, 4) Forwarding of results to another doctor.

Ort Datum Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes Unterschrift des aufklärenden Arztes

