

PRIVAT



LABOR AUGSBURG MVZ
Ihr Labor - Kompetenz & Service

Pränatale Risikobestimmungen

Labor Augsburg MVZ GmbH
MVZ Labor Bochum MLB GmbH
Labor Hamburg-Lübeck MVZ GmbH

Labor Hannover MVZ GmbH
Labor Mainz MVZ GmbH
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



wird vom Labor vergeben



Geschlecht

Rechnungsstellung an:

Befund:

Patient

Telefon

Fax

Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

Art der Probe Serum (2-3 ml) Vollblut (10 ml)

2. Blutprobe (nur bei integriertem Screening)

Für Ersttrimester-Screening bei Außentemperaturen > 25°C nur Serum gefroren oder Material gekühlt einsenden!

Klinische Angaben:

Gravidität nach IVF/ICSI? ja nein

Gewicht der Schwangeren: _____ kg Datum LR: _____

Anamnestic Angaben: (Für eine vollständige Interpretation der Befunde sind die anamnestic Angaben unerlässlich.)

Diabetes mellitus nein ja, insulinabhängig Gestationsdiabetes

Raucherin: nein ja, Anzahl Zigaretten/Tag: _____

Ethnische Zugehörigkeit: Kaukasierin andere _____ RH-Faktor _____

Vorausgegangene Schwangerschaften: Anzahl: _____ Geburten: _____ Aborte: _____

Vorausgegangene Schwangerschaften mit: Trisomie 21 Neuralrohrdefekt andere Anomalie _____

Ultraschall

Ultraschall durchgeführt am: _____ Anzahl Feten: _____ (Mehrlingsschwangerschaften nicht berechenbar)

Scheitel-Steiss-Länge: _____ mm (FMF bis 82 mm, Lifecyclesyst. bis 79 mm) Nackentransparenz: _____ mm Nasal Bone: _____ mm

BIP: _____ mm anderes Maß: _____ mm

Resultierendes Gestationsalter gemäß Ultraschall z. Z. der Messung: _____ Wochen + _____ Tage

Bemerkungen/Beobachtungen: _____

FMF Zertifizierungsnummer (wenn vorhanden): _____

1. Trimester (Ersttrimester-Screening)

- Ersttrimester-Screening komplett (mit Risikoberechnung) * (SSW 11+1 - 13+6, SSL 45-82 mm)
- PAPP-A, β -hCG (ohne Risikoberechnung) *

Integriertes Screening *

- Erstuntersuchung PAPP-A: SSW 10+0 - 13+6 empfohlen: SSW 10+0 - 11+6 (NT-Wert kann 11+0 - 13+6 gemessen und nachgereicht werden)
- Folgeuntersuchung AFP, hCG, uE3, Inhibin A: SSW 14+0 - 17+6
- Sequentielle Folgeuntersuchung SSW 14+0 - 17+6 AFP, hCG, uE3, Inhibin A Als Präzisierung bisher vorliegender Ergebnisse aus Ersttrimester-Screening

* Gekennzeichnete Untersuchungen sowie Ersttrimesteruntersuchungen nach FMF werden im Institut für Humangenetik bei Bioscientia, Ingelheim durchgeführt. Ersttrimesteruntersuchungen über das Lifecycle-System laufen in der Labor Augsburg MVZ GmbH.

2. Trimester (Zweittrimester-Screening)

- Triple-Untersuchung (Triple-Test) AFP, hCG, uE3 (14+6 bis 19+6 Ausnahmefälle bis 20+6)
- Quadruple-Untersuchung (14+0 bis 17+6) * AFP, hCG, uE3, Inhibin A
- Isolierte AFP-Messung (15+0 bis 19+6) Neuralrohrdefekt-Screening
- Sequentielle Folgeuntersuchung II (14+6 bis 17+6) * hCG, uE3, Inhibin A nach niedrigem S-AFP-Wert $\leq 0,5$ MoM)

Einverständniserklärung des Patienten

Hiermit bestätige ich, dass ich von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenz der angeforderten Untersuchung aufgeklärt wurde, dass mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde und ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Hiermit willige ich in die Abtretung und Übermittlung der zur Rechnungserstellung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS Bayern AG (PVS), Arnulfstr. 31, 80636 München ein, die sich zur Erfüllung aller notwendigen buchhalterischen Maßnahmen, Nutzung der IT-Struktur, Druck und Versand der Rechnungen und der Kundendokumentation der PVS holding GmbH bedient. Ich entbinde das Labor insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich kann einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Für den Harmony-Test ist eine gesonderte Anforderung und gesondertes Untersuchungsmaterial erforderlich.

Datum - Unterschrift

WICHTIG: für eine vollständige Befundung bitte auch hier die anamnestic Angaben ausfüllen.