



**Begleitschein für eingesandte Proben**

<p>Einsender (Stempel):</p>  <p>betreuender Frauenarzt</p> <p>Name: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>Postleitzahl und Ort: _____</p>	<p><b>Patientendaten</b></p> <p>Nachname: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p><b>Anschrift</b></p> <p>Straße: _____</p> <p>Postleitzahl und Ort: _____</p> <p>Krankenkasse: _____</p>
---	---

<p><b>Screening im ersten Trimenon</b></p>	<p><b>Nackentransparenz</b> <del>PAPP-A und freies B-hCG</del> <b>PIGF und sFlt-1</b></p>
--	---

<p>→→ Alter der Patientin: [ ][ ]</p> <p>→→ Geburtsdatum: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]</p> <p>→→ Gewicht der Patientin: [ ][ ][ ]</p> <p>Bitte senden Sie mindestens 1 ml gekühltes Serum ein.</p> <p>Falls Sie die Untersuchung bei Zwillingen wünschen, verwenden Sie bitte zwei Begleitscheine.</p>	<p>Ethnische Herkunft: _____</p> <p>Raucher: _____ ja / nein</p> <p>Parität: _____</p> <p>Konzeption: _____ spontan / IVF / ICSI</p> <p>Frühere Schwangerschaft mit Trisomie: 21 / 18 / 13 / /</p> <p>Datum der Ultraschalluntersuchung: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]</p> <p>Sonographisch überprüftes Schwangerschaftsalter: [ ][ ][ ] + [ ][ ]</p> <p>Scheitel-Steiß-Länge (SSL): [ ][ ][ ][ ]</p> <p>NT (nuchal translucency in mm): [ ][ ][ ]</p> <p>Nasenbein (in mm): [ ][ ][ ] ja / nein</p> <p>Zwillinge: _____ ja / nein</p> <p>→→ Datum der Blutentnahme: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]</p>
--	--

Ich bin durch die FMF-London / FMF-Deutschland zertifiziert. Unterschrift (Untersucher Sonographie): \_\_\_\_\_

Die Kosten der Untersuchung werden von mir übernommen (keine Kassenleistung). Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_

**Bitte Einwilligung auf der Rückseite beachten.**



Patientin

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

### Screening im ersten Trimenon mit individueller Risikoberechnung für das Vorliegen einer Trisomie 21, 13 und 18.

#### Einwilligung der Patientin

Im Sinne des Gendiagnostik-Gesetzes (§ 3) ist vorgeburtliche Risikoabklärung eine Untersuchung des Embryos oder Fötus, mit der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen bestimmter genetischer Eigenschaften mit Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung des Embryos oder Fötus ermittelt werden soll.

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der vorgeburtlichen Risikoabklärung wurde ich ausführlich aufgeklärt.

Ich willige in diese Untersuchung ein und wünsche die differenzierte sonographische Diagnostik in der 12.-14. Woche, die Messung der Nackentransparenz (nuchal scan), die Untersuchung der Serumwerte PAPP-A und freies  $\beta$ -hCG und die Berechnung der Wahrscheinlichkeiten für das Vorliegen einer Trisomie 21, 13 und 18.

Datum:

Unterschrift

Unterschrift

der Ärztin/des Arztes  
(die/der das Aufklärungsgespräch geführt hat)

Patientin