



Begleitschein für eingesandte Proben

Einsender (Stempel):

betreuende/r Frauenärztin/arzt

Name:

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Patientendaten

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Kostenträger

privat versichert Selbstzahler (IGeL)

Screening im ersten Trimenon

Trisomie-Screening
PAPP-A und freies β -hCG

Ethnische Herkunft:

Raucher: ja / nein

Gewicht: ,

Parität:

Zwillinge: ja / nein

Konzeption:

Ovulationsauslöser / spontan / IVF / ICSI

Z. n. Schwangerschaft mit Trisomie:

21 / 18 / 13 / /

Datum der Ultraschalluntersuchung:

. .

Schwangerschaftsalter nach Sonografie:

+

Scheitel-Steiß-Länge (SSL):

,

NT (Nackentransparenz) in mm:

,

Datum der Blutentnahme:

. .

Bei Zwillingen verwenden Sie bitte zwei Begleitscheine.

+ Präeklampsie-Screening
PIGF

Z. n. Präeklampsie:

ja / nein

Z. n. Präeklampsie der Mutter:

ja / nein

Präexistente Hypertonie:

ja / nein

Blutdruck:

1. Messung:

links

/

rechts

2. Messung:

links

/

rechts

PI A. Uterina rechts:

,

PI A. Uterina links:

,

Bitte auch die Angaben in der linken Spalte beachten!

sFlt-1 / PIGF-Quotient

Schwangerschaftsalter nach Sonografie:

+

Datum der Blutentnahme:

. .

Unterschrift (Untersucher/in)

Bitte Einwilligung auf der Rückseite beachten.

Die Serumanalytik unterliegt der fortlaufenden Qualitätskontrolle durch UK NEQAS (United Kingdom National External Quality Assessment Schemes).



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 β -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
