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

LABOR ENDERS

Prof. Gisela Enders & Partner · Partnerschaftsgesellschaft
Rosenbergstraße 85 · 70193 Stuttgart · Telefon 07 11/63 57-0 · Fax 07 11/63 57-202

Untersuchungsauftrag für pränatales Screening

Kostenträger: ☐ selbstzahlender Kassenpatient ☐ Privatpatient ☐ Rechnung an Einsender

In Klammern: Durchschnittliche Erkennungsrate bei 5% Falsch-Positivrate

Ultraschalluntersuchung durchgeführt von

Praxisstempel

Erstes Trimester

☐ Ermittlung des Trisomie-21-Risikos mittels Bestimmung von PAPP-A, freier β-Kette des hCG und der sonographischen Nackentransparenz (NT)-Messung (SSL 45,0 – 84,0 mm, entsprechend SSW 11+0 bis 13+6 nach Robinson)* (89%)

Die Bewertung der von Ihnen gemessenen Nackentransparenz setzt voraus, dass Sie durch die FMF zertifiziert sind. — *Laborkosten* *€ 52,40*

☐ Bestimmung des Trisomie-21-Risikos mittels alleiniger Messung von PAPP-A und freier β-Kette des hCG (SSW 10+0 bis 13+6)* (75%) — *€ 34,97*

☐ Alleinige Messung von PAPP-A und freier β-Kette des hCG **ohne** Risikoberechnung — *€ 34,97*

Integriertes Screening

Primär Integriertes Screening* (95%)

☐ Teil 1: Nackentransparenz, PAPP-A im 1. Trimester (SSW 10+3 bis 12+6)

☐ Teil 2: AFP, hCG, freies Estriol und Inhibin A (SSW 14+0 bis 19+6)

Bitte Labornummer des Teilbefunds (Teil 1) angeben: _____

*Es erfolgt lediglich **eine** Gesamt-Risikoberechnung nach Abschluss der Diagnostik im 2. Trimester.* — *€ 93,25*

Sequenziell Integriertes Screening* (95%)

☐ Teil 1: NT, PAPP-A, freies β-hCG im 1. Trimester (SSW 11+0 bis 13+6, entsprechend SSL 45,0 – 84,0 mm) „Ersttrimester-Screening" — *€ 52,40*

☐ Teil 2: AFP, hCG, freies Estriol und Inhibin A im 2. Trimester (SSW 14+0 bis 19+6) — *€ 72,85*

Bitte Labornummer des Vorbefunds (Teil 1) angeben: _____

☐ **Integrierter Serumtest*** (86%)

PAPP-A im 1. Trimester (SSW 10+0 bis 12+6)
AFP, hCG, freies Estriol und Inhibin A im 2. Trimester (SSW 14+0 bis 19+6) — *€ 93,25*

Zweites Trimester (SSW 14+0 bis 19+6)

☐ Quadruple-Test: AFP, hCG, freies Estriol und Inhibin A* (81%) — *€ 72,85*

☐ Triple-Test: AFP, hCG und freies Estriol* (69%) — *€ 43,71*

☐ Alleinige Bestimmung von AFP zur Erkennung eines Neuralrohrdefekts — *€ 14,57*

*** nach Gendiagnostikgesetz Einwilligung erforderlich (siehe Rückseite)**

Notwendiges Material: 1 ml Serum, welches direkt nach der Entnahme und dem Durchgerinnen zentrifugiert und **vom Blutkuchen getrennt** wurde. Vor Überwärmung auf mehr als 25 °C schützen! Im Sommer kann ein gekühlter Transport notwendig sein. Hierzu können Sie unter Telefon 0711/63 57-104 entsprechendes Versandmaterial bestellen (Kühlaggregate für den Postversand).
Die Probe sollte möglichst innerhalb von 24, maximal 48 Stunden im Labor eintreffen.

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft

Die in **grün** gedruckten Angaben sind für einen zertifizierten Befund im ersten Trimester obligat.

SSW sonographisch ___ + ___

SSW rechnerisch ___ + ___

Datum der 1. Blutentnahme __.__.____ Uhrzeit __:__

Datum der 2. Blutentnahme __.__.____ Uhrzeit __:__

Datum der Ultraschalluntersuchung __.__.____ Uhrzeit __:__

Gewicht der Patientin ___,__ kg

SSL	Fet 1 ___,__ mm	Fet 2 ___,__ mm
NT (mm, auf eine Stelle nach dem Komma genau)	Fet 1 ___,__ mm	Fet 2 ___,__ mm
BIP	Fet 1 ___,__ mm	Fet 2 ___,__ mm

☐ **Einling** ☐ **Gemini** dichorial ☐ **Gemini** monochorial

Parität ☐ Nullipara ☐ ≥ 1-Para

Frühere Schwangerschaften mit Trisomie 21 / 18 / 13 ☐ nein

☐ Trisomie 21 ☐ Trisomie 18 ☐ Trisomie 13

☐ vorausgegangene IVF / ICSI

☐ Eizellspende, Alter der Spenderin: _____ Jahre

Nasenbein (kann nur bei vorliegender Lizenzierung berücksichtigt werden)

☐ vorhanden _____ mm ☐ nicht vorhanden

Weitere Ultraschallbefunde: _____

☐ Nichtraucherin ☐ Raucherin Anzahl Zigaretten/d _____

Ethnische Herkunft: ☐ Weiße Hautfarbe

☐ Anderes Herkunftsland: _____

Diabetes mell.: ☐ nein ☐ ja

Eilige Befundübermittlung ☐ auf die bekannte Faxnummer

☐ auf folgende Faxnummer _____ ☐ telef. _____

Ich bin darüber informiert worden, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der Anforderungen selbst bezahlen. **Hinzu kommen 3,73 € Versandgebühren.**

Ort, Datum _____ Unterschrift der Patientin _____

© Labor Enders 02.10

LABOR ENDERS

Prof. Gisela Enders & Partner · Partnerschaftsgesellschaft

Rosenbergstraße 85 · 70193 Stuttgart · Tel.: 0711 6357-0 · Fax: 0711 6357-202

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz durch das Labor Enders

Vorgesehene Untersuchung:

- ☐ Genotypisierung Faktor V und/oder Prothrombin-Mutation
- ☐ Andere Genanalyse: _____
- ☐ Vorgeburtliche Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Kind

  Ziel einer vorgeburtlichen Risikoanalyse ist das Ermitteln der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Trisomie 21, 13 oder 18 bei Ihrem Feten vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung nicht um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.

Patientendaten:

Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ/Ort

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder bei 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:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten: _____	☐ Ja	☐ Nein

Ort | Datum | Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

(Name des aufklärenden Arztes) | Unterschrift des aufklärenden Arztes