

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

# LABOR ENDERS

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"/>
Gewicht der Patientin	<input type="text"/> kg	SSW rechnerisch	<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  mm NT Fet 2  mm  
 BIP Fet 1  mm BIP Fet 2  mm  
 Nasenbein Fet 1  nachweisbar  nicht nachweisbar \_\_\_\_\_ mm  
 Nasenbein Fet 2  nachweisbar  nicht nachweisbar \_\_\_\_\_ mm

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

Duplikatsbefund an:  
(Einverständnis nach GenDG erforderlich!)

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

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

## 1. Trimester-Screening

Berücksichtigung der NT nur bei gültiger FMF-Zertifizierung

- Trisomie-21-Risiko mittels PAPP-A, freiem  $\beta$ -hCG und NT \* (SSW 11+1 bis 13+6, entspr. SSL 45 - 84 mm)  
Mittlere Erkennungsrate: 89% € 52,40
- Trisomie-21-Risiko mittels PAPP-A, freiem  $\beta$ -hCG, PIGF und NT \*  
Mittlere Erkennungsrate: 92% € 96,12  
 Präeklampsie-Risikoberechnung gewünscht
- Trisomie-21-Risiko biochemisch (PAPP-A,  $\beta$ -hCG) \*  
Mittlere Erkennungsrate: 75% € 34,97
- MoM-Werte PAPP-A + freies  $\beta$ -hCG € 34,97
- DoE-Werte PAPP-A + freies  $\beta$ -hCG € 34,97
- nur Messwerte PAPP-A + freies  $\beta$ -hCG € 34,97

\* Einwilligung nach Gendiagnostik-Gesetz erforderlich (siehe Rückseite)

## Integriertes Screening

Mittlere Erkennungsrate: 95%

- Primär Integriertes Screening \*** € 93,25
  - Teil 1: NT + PAPP-A im 1. Trimester (SSW 10+3 bis 12+0)
  - Teil 2: Quadruple-Test im 2. Trimester (SSW 14+0 bis 19+6, optimal 14+3 bis 15+6)
- Sequentiell-integriertes Screening \***
  - Teil 1: NT, PAPP-A, freies  $\beta$ -hCG im 1. Trim. € 52,40 (SSW 11+1 bis 13+6, entspr. SSL 45 - 84 mm)
  - Teil 2: Quadruple-Test im 2. Trimester € 71,69 (SSW 14+0 bis 19+6, optimal 14+3 bis 15+6)
- Integrierter Serumtest (ohne NT) \*** € 93,25
  - PAPP-A SSW 10+0 - 12+0
  - Quadruple-Test im 2. Trimester (14+0 - 19+6)

## Zweites Trimester

- Quadruple-Test (SSW 14+0 - 19+6) € 71,69  
AFP, hCG, freies Estriol, Inhibin A  
Mittlere Erkennungsrate: 81%
- Triple-Test (SSW 14+0 - 19+6) € 43,71  
AFP, hCG, freies Estriol  
Mittlere Erkennungsrate: 69%
- Alleinige Bestimmung von AFP € 14,57 (Neuralrohrdefekt) SSW 14+0 - 19+6

## Präeklampsie-Screening

- Präeklampsie-Screening SSW 11+0 - 13+6 mit PAPP-A und PIGF € 64,12 ohne Ersttrimester-Screening € 43,72 mit Ersttrimester-Screening ohne Mehrkosten bei ETS mit PIGF

### 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.

### 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 meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der Anforderung selbst bezahlen.

Hinzu kommen 3,73 € Versandgebühren.



0053 0022 02

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung  
nach dem Gendiagnostik-Gesetz durch das Labor Enders



0053 0023 00

### 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:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass folgender weiterer Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____		

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

Name des aufklärenden Arztes \_\_\_\_\_ Unterschrift des aufklärenden Arztes \_\_\_\_\_

