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

Barcode

alphaomega Labor

Auftrag zur Pränataldiagnostik

Einwilligung zur genetischen Diagnostik nach Gendiagnostikgesetz
Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir entnommenen Proben für oben genannte diagnostische Fragestellung auf genetische Veränderungen untersucht werden (GenDG §8). Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages in ein spezialisiertes Labor bin ich einverstanden. Persönliche Angaben dürfen nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte weitergegeben werden. Ich habe das Infoblatt „Aufklärung vor genetischen Analysen gemäß GenDG" gelesen und wurde durch einen laut GenDG §7 qualifizierten Arzt ausführlich nach GenDG §10 beraten. Ich kenne die Widerrufsbedingungen und stimme der genetischen Analyse zu. Ich bin damit einverstanden, dass abweichend vom GenDG §12 bzw. §13, die Untersuchungsergebnisse und die von mir genommenen Proben nach diagnostischen Ermessen im Labor aufbewahrt/vernichtet werden.

Patientenerklärung über Individuelle Gesundheitsleistungen
Ich wünsche die Durchführung der vermerkten individuellen Gesundheitsleistungen. Mir ist bekannt, dass diese nicht erstattungsfähig und die Kosten von mir selbst zu tragen sind. Über Kosten und Umfang der Leistungen wurde ich ausführlich informiert. Die Liquidation erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Rechnung wird vom alphaomega Labor erstellt und von mir selbst bezahlt. Falls eine Fremdleistung nötig ist, gestatte ich die Weitergabe meiner Daten und des Probenmaterials.

T T M M J J
Datum der Blutentnahme

T T M M J J
Datum des Ultraschalls

Praxisstempel

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

	Laborleistungen	Laborparameter	Preis
	Ersttrimester-Screening SSW 11+1–13+6, SSL 45–84 mm		
☐	Trisomie 21-Risiko ☐ mit Risikoberechnung	freies ß-hCG, PAPP-A	29,14 €
☐	Präeklampsie-Risiko	PAPP-A, PlGF	34,97 €
☐	Trisomie 21-und Präeklampsie-Risiko ☐ mit Risikoberechnung	freies ß-hCG, PAPP-A, PlGF	49,54 €
	Integriertes Screening		
☐	SSW 10+3–12+0 1. Teil	PAPP-A	14,57 €
☐	SSW 14+0–19+6 2. Teil	hCG, AFP	Kassen-leistung
	Zweittrimester-Screening		
☐	SSW 20+0–Geburt Präeklampsie-Risiko	PlGF, sFlt-1 *	40,80 €
☐	SSW 14+1–19+6 Triple-Test	Estriol, ß-hCG, AFP (AFP Kassenleistung)	29,14 €

Hinweis
Probenentnahmematerial und Transport ins Labor werden nach §10 GOÄ mit **5,90 €** berechnet.
* Unter best. Voraussetzungen (Hypertonus der Mutter, Fetale Wachstumsstörung, auffällige Dopplersonografie etc.) übernehmen die Krankenkassen ab der 24. SSW die Kosten für die Bestimmung der PlGF-Konzentration und des sFlt-1/PlGF-Quotienten (extrabudgetär bis vorerst 09/2021).

	Ambulante Arztleistungen (bitte ankreuzen)	GOÄ-Ziffer	Preis	Faktor
☐	Beratung	1	4,66 €	
☐	Eingehende Beratung	3	8,74 €	
☐	Blutentnahme	250	2,33 €	
☐	Materialentnahme (Mikrobiol.)	298	2,33 €	
☐	Ultraschall, Zuschlag	403	8,74 €	
☐	Ultraschall eines Organes	410	11,66 €	
☐	Ultraschall in der Schwangerschaft	415	17,49 €	

⚠ Essentielle Angaben für die Präeklampsie-Berechnung auf Rückseite

alphaomega Labor GbR | Messe-Allee 23 | 04158 Leipzig | t. 0341 22179400 | info@aolabor.de | www.aolabor.de

Auftrag zur Pränataldiagnostik

alphaomega Labor

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

SSW rechnerisch		**SSW sonografisch**			1. Fetus	2. Fetus	3. Fetus
Anzahl der Feten	☐ Einling	☐ Zwillinge	☐ Drillinge	**SSL in mm**			
Chorionizität	☐ monochorial	☐ monoamniot	☐ diamniot	**NT in mm**			
	☐ dichorial	☐ diamniot	☐ triamniot	**BIP in mm**			
	☐ trichorial	☐ triamniot		**NB vorhanden**	☐ ja | ☐ nein	☐ ja | ☐ nein	☐ ja | ☐ nein

Angaben zur Patientin und früheren Schwangerschaften

Ethnische Herkunft	☐ Weiß	☐ Ostasiatisch	☐ Schwarz	☐ Südasiatisch	☐ Südostasiatisch
	☐ Gemischt	☐ Andere	☐ Unbekannt		
Raucherin	☐ nein	☐ ja	Zig./Tag		
Frühere Schwangerschaften mit Trisomie	☐ nein	☐ 21	☐ 13	☐ 18	
Parität	☐ Nullipara	☐ ≥1-Para			
Diabetes	☐ Typ 1	☐ Typ 2	☐ nein		
Chronische Hypertonie	☐ ja	☐ nein			
Syst. Lupus Erythematodes	☐ ja	☐ nein			
Anti-Phospholipid-Syndrom	☐ ja	☐ nein			
Präeklampsie in der früheren Schwangerschaft	☐ ja	☐ nein			
Präeklampsie in der Familie (Mutter)	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt		
Frühere SGA Schwangerschaft	☐ ja	☐ nein			
Gewicht in kg	☐				
Körpergröße in cm	☐				

Zusätzliche Angaben

Ovulationsauslöser	☐ ja	☐ nein
Konzeption spontan	☐ ja	☐ nein*
***welche Insemination**	☐ IVF	☐ ICSI
Art der Eizellenspende	☐ eigene	☐ fremde
Datum der Eizellenspende		

Weitere Informationen

Arteria uterina Doppler

Rechte A. uterina PI	
Linke A. uterina PI	

Blutdruck der Mutter

Rechter Arm	mmHg
Linker Arm	mmHg