

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

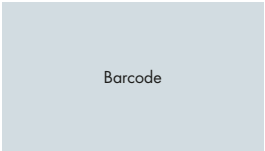
Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum



T T M M J J

Datum der Blutentnahme

T T M M J J

Datum des Ultraschalls

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 (IGeL)

Ich wünsche die Durchführung der vermerkten IGeL. 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 1,15). Probenentnahmematerial und Transport ins Labor werden nach §10 GOÄ mit 5,90 € berechnet. 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.

Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Laborleistungen			Preis
Ersttrimester-Screening SSW 11 +1-13+6, SSL 45–84 mm			
☐	Trisomie 13/18/21-Risiko	freies β-hCG, PAPP-A	33,52 €
☐	Präeklampsie-Screening	PAPP-A, PlGF	40,22 €
☐	Trisomie 13/18/21-Risiko und Präeklampsie-Screening	freies β-hCG, PAPP-A, PlGF	56,98 €
Zweittrimester-Screening SSW 20+0–Geburt			
☐	Präeklampsie-Risiko	PlGF, sFlt-1*	46,92 €

Ambulante Arztleistungen (bitte ankreuzen)	GOÄ	Preis	Faktor
☐ Beratung	1	4,66 €	
☐ Eingehende Beratung	3	8,74 €	
☐ Blutentnahme	250	2,33 €	
☐ Materialentnahme (Mikrobiol.)	298	2,33 €	

* Unter best. Voraussetzungen (Hypertonus der Mutter, fetale Wachstumsstörung, auffällige Dopplersonografie etc.) übernehmen die Krankenkassen ab der 24. SSW die Kosten für die Bestimmung des sFlt-1/PlGF-Quotienten.

Angaben zur Patientin und früheren Schwangerschaften

Ethnische Herkunft

☐ Weiß ☐ Schwarz ☐ Gemischt ☐ Südasiat.

☐ Ostasiat. ☐ Südasiat. ☐ Andere

Raucherin

☐ nein ☐ ja

Zigaretten/Tag

Trisomie bei früh. Schw. schaften

☐ nein ☐ 21 ☐ 13 ☐ 18

Parität

☐ Nullipara ☐ ≥1-Para

Zusätzliche Angaben

Ovulationsauslöser

☐ ja ☐ nein

Konzeption spontan

☐ ja ☐ nein*

*Insemination

☐ IVF ☐ ICSI

Konzeptionsdatum

Gewicht (kg)

☐

Körpergr. (cm)

☐

Diabetes

☐ Typ1 ☐ Typ2 ☐ nein

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

SSW rechn.

SSW sonogr.

Anzahl Feten

☐ Einling ☐ Zwillinge ☐ Drillinge

Chorionizität

☐ monochorial ☐ monoamniot ☐ diamniot

☐ dichorial ☐ diamniot ☐ triamniot

☐ trichorial ☐ triamniot

1. Fetus

2. Fetus

3. Fetus

SSL in mm

NT in mm

BIP in mm

NB vorhanden

☐ ja | ☐ nein ☐ ja | ☐ nein ☐ ja | ☐ nein