

Anforderungsbeleg und Laborarbeitsblatt

- Screening auf Chromosomenstörungen und/oder
- Präeklampsiescreening im 1. Trimenon (SSL 45-84 mm)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Rechnung		
selbstzahlender Kassenpatient <input type="checkbox"/>	Privatpatient <input type="checkbox"/>	Rechnung an einsendende Praxis <input type="checkbox"/>

Materialentnahme

Probenentnahme: Tag: _____ Uhrzeit: _____ Material: Vollblut Serum
 Serumbewertung: Tag: _____ Uhrzeit: _____ Serum gefrosten: ja nein

(Start Zentrifugation nach mind. 30 min / max. 4 Std. Gerinnung)

Sonografische Untersuchung

SSW bei Probenentnahme: Wochen + Tage
 rechnerisch: _____ + _____
 sonografisch: _____ + _____
 Fet 1 Fet 2

Scheitel-Steiß-Länge: _____ mm _____ mm

Nackentransparenz: _____ mm _____ mm

fetale Herzfrequenz: _____ SpM _____ SpM

Nasenbein vorhanden: ja nein ja nein
 unklar unklar

Chorionizität (notwendig bei Geminischwangerschaft): dichorial diamniotisch monochoorial diamniotisch monochoorial monoamniotisch andere _____

Einsender (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

Patientendaten

Gewicht: _____ kg ethnische Zugehörigkeit:
 Größe: _____ cm weiß (Europa, Mittlerer Osten, Nahost, Nordafrika, Nordamerika, Lateinamerika)
 Raucherin: ja nein ostasiatisch (China, Japan, Korea)
 Diabetes mellitus: ja nein schwarz (Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)
 wenn ja: Typ 1 Typ 2 Gestationsdiabetes südasiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)
 insulinpflichtig: ja nein südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)
 andere _____

Anzahl früherer Geburten (≥ 24. SSW): _____
 frühere Schwangerschaft mit Trisomie 21/ 18/ 13:
 wenn ja: ja nein Tris 21 Tris 18 Tris 13
 mit Präeklampsie: ja nein

IVF Schwangerschaft

wenn ja: ja nein Ovulationsauslöser ohne IVF
 Art der IVF: IVF ICSI Insemination
 eingefrorene Eizelle: ja nein
 Datum der Eizellentnahme: _____ Konzeptionsdatum: _____
 Eizellspende: ja nein wenn ja, Geburtsdatum der Spenderin: _____

Daten für Präeklampsiescreening

Datum der letzten Entbindung: _____ Gestationsalter bei Entbindung: _____ + _____ SSW
 chronische Hypertonie: ja nein arterieller Blutdruck: systolisch / diastolisch
 system. Lupus erythematodes: ja nein linker Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg
 Anti-Phospholipid-Syndrom: ja nein Messung 2 _____ / _____ mmHg
 frühere Schwangerschaft mit: rechter Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg
 Präeklampsie ja nein Messung 2 _____ / _____ mmHg
 „small for gestational age“ Baby ja nein
 familiäre Präeklampsie (Mutter): ja nein Aa. uterinae Pulsatilitätsindex: links _____ rechts _____

Ab hier nur vom Labor auszufüllen!

Interpretation: Screening auf Chromosomenstörungen _____ Präeklampsiescreening _____ Sig. _____

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse:

Information und Einwilligungserklärung zum Screening auf Chromosomenstörungen und zum Präeklampsiescreening im 1. Schwangerschaftsdrittel (SSL 45,0 mm – SSL 84,0 mm)

Sehr geehrte Patientin,

mit Hilfe einer Laboruntersuchung aus Ihrem Blut ist es möglich, ein für Sie **individuelles Risiko für die Geburt eines Kindes mit einer Chromosomenanomalie** zu ermitteln. Ein auffälliges Testergebnis besagt aber nicht, dass das Kind diese Störung mit Sicherheit haben wird. Es handelt sich um ein Screening, welches ggf. zu weiteren Untersuchungen Anlass sein kann. Andererseits schließt ein unauffälliges Testergebnis nicht mit absoluter Sicherheit eine Störung aus. Ihre Ärztin/ Ihr Arzt wird Sie gern ausführlich über diese Untersuchung informieren.

Neben der erläuterten Laboruntersuchung auf Chromosomenstörungen kann die Berechnung eines **individuellen Risikos für die Entwicklung einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft (Präeklampsie)** durchgeführt werden. Hierfür ist es notwendig einen weiteren Blutparameter, den plazentaren Wachstumsfaktor PIGF, zu ermitteln. Bei einem auffälligen Testergebnis kann durch eine engmaschigere Vorstellung bei Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt und ggf. durch die vorbeugende Gabe von Acetylsalicylsäure (ASS) das Auftreten einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft vermieden werden.

Das Screening auf Chromosomenstörungen sowie das Präeklampsiescreening stellen keine vertragsärztlichen Leistungen dar. Wenn Sie eine solche Untersuchung wünschen, müssen Sie die folgenden Kosten selbst tragen:

- GOÄ € 33,52** – Screening auf Chromosomenstörungen
- GOÄ € 60,48** – Präeklampsiescreening
- GOÄ € 77,24** – Screening auf Chromosomenstörungen & Präeklampsiescreening

Einwilligung zur vorgeburtlichen Risikoabschätzung (lt. Gendiagnostikgesetz (GenDG))

Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten vorgeburtlichen Risikoabschätzung zu sprechen.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und die Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoabschätzung wünsche. Die oben genannten Kosten der jeweiligen Untersuchung werde ich selbst tragen.

Erklärung zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen

Hiermit willige ich ein, dass – wenn nicht zutreffend, bitte streichen – (Nicht gestrichen wird als JA gewertet.)

- meine Proben nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für mögliche weitere diagnostische Untersuchungen aufbewahrt werden können.
- die Untersuchungsergebnisse nach Abschluss der Untersuchungen zum Zweck der Nachprüfbarkeit über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden. (Ein Anspruch auf die Lagerung der Proben und die verlängerte Archivierung der Untersuchungsergebnisse kann nicht erhoben werden.)
- meine Proben *und die Untersuchungsergebnisse* für *interne* Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form *verwendet* werden können.
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik nicht möglich sein sollte.

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Das Untersuchungsergebnis wird dem einsendenden Arzt mitgeteilt.

Telefon-Nr. für Rückfragen

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. gesetzliche Vertreter

Ort, Datum

verantwortliche ärztliche Person (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Telefon-Nr. für Rückfragen

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. gesetzliche Vertreter