

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

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Anforderungsschein: Pränatale Risikoanalyse

- | | | |
|---|------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Teil integriertes Screening: PAPP-A
Blutentnahme zwischen SSW 9+0 und 13+6 | GOÄ 1.0: 20,40 € | } GOÄ 1.0: 49,54 € |
| <input type="checkbox"/> 2. Teil integriertes Screening: AFP und HCG
Blutentnahme-Zeitfenster wird vom Labor mitgeteilt | GOÄ 1.0: 29,14 € | |
| <input type="checkbox"/> Triple-Test im 2. Trimenon: AFP, HCG, uE3
Blutentnahme zwischen SSW 14+0 und 19+6 | GOÄ: 1.0 43,71 € | |
| <input type="checkbox"/> Neuralrohrdefekt-Screening im 2. Trimenon: AFP
Blutentnahme zwischen SSW 14+0 und 19+6 | GOÄ: 1.0 14,57 € | |

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Blutentnahme 1. Trimenon (PAPP-A)

Scheitel-Steiß-Länge (CRL): mm
(auswertbarer Bereich zwischen 2 und 69 mm)

Datum / Uhrzeit:
nach Ultraschall vom:
(optimaler US-Zeitpunkt etwa 10. SSW)

Gewicht: kg

Blutentnahme 2. Trimenon (AFP, HCG, ggf. uE3)

Biparietaldurchmesser (BPD): mm
(auswertbarer Bereich zwischen 29 und 51 mm)

Datum / Uhrzeit:
nach Ultraschall vom:
(optimaler US-Zeitpunkt etwa 16. SSW)

Gewicht: kg

Falls Biometrie unsicher oder nicht möglich

SSW nach Ihren Angaben: +

ermittelt am:

- | | | | |
|---|--|----------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Fetus | <input type="checkbox"/> Zwillinge (bei Zwillingen kein Triple-Test möglich) | Rhesus-Faktor: | <input type="checkbox"/> Rh neg |
| <input type="checkbox"/> Nichtraucherin | <input type="checkbox"/> Raucherin: Zig. / Tag | | <input type="checkbox"/> Rh pos |
| | | | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte übereignen ich hiermit dem Labor, das die Analyse durchgeführt hat und gestatte die Verwendung für qualitätssichernde Maßnahmen und wissenschaftliche Zwecke in pseudonymisierter Form.

Datum _____ Unterschrift der Patientin _____

IGeL - Individuelle Gesundheitsleistungen / Patientenerklärung
Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse beauftrage ich die Veranlassung von laborärztlichen Leistungen. Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten der von mir beauftragten Leistungen ganz oder anteilig zu übernehmen. **Ich werde die Kosten dieser Leistungen selbst tragen und bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ einverstanden.**
Die ermittelten Laboregebnisse werden dem beratenden Arzt gestellt.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass es mir nach der Aufklärung freistand, weitere Fragen an den Arzt zu richten. Auch hatte ich ausreichend Zeit, das mir Mitgeteilte in Ruhe zu überlegen und daraufhin meine Entscheidung über die Zustimmung zu der medizinischen Diagnostik / medizinischen Maßnahme zu treffen.

Datum _____ Unterschrift der Patientin _____

Aufklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) ist erfolgt.
Einwilligung der Patientin liegt vor.

Datum _____ Unterschrift der Patientin _____

Datum _____ Unterschrift des verantwortlichen Arztes _____