Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Labor Blackholm MVZ

Bahnhofstraße 14
74072 Heilbronn

Tel. 07131-7876-0
Fax 07131-7876-60

www.blackholm.com
labor@blackholm.com

Formular 0161 v 05
Stand 01-2021

Pränatalscreening

Ersttrimester- und Präeklampsie-Screening

Barcode hier einkleben

☐ **Privat, Adresse angeben**

Ersttrimester-Screening [2] [3] — SSW 11+0 bis 13+6

☐ **PAPP-A, freies ß-hCG und Nackentransparenz** [2] [3] — S (f/g) 42,55 €
Trisomie-Screen (SSW 11+0 bis 13+6) — Anamnestische Angaben linke Spalte erforderlich

☐ **PAPP-A, freies ß-hCG biochemisch** (Labormesswerte) — S (f/g) 34,97 €
Ohne Risikokalkulation, ohne MoM, keine anamnestischen Angaben erforderlich

AFP-MOM - Neuralrohrdefekt-Risiko — SSW 14+0 bis 19+6

☐ **alpha-Fetoprotein und MoM (SSW 14+0 bis 19+6)** — S (f/g) 22,15 €
SSW+Tag und mütterliches Gewicht angeben

Kombiniertes Ersttrimester-Screening [2] [3] * — SSW 11+0 bis 13+6

☐ **PAPP-A, freies ß-hCG, PlGF und Nackentransparenz** [2] [3] * — S (f/g) 86,27 €
Trisomie- und Präeklampsie-Screen — Alle anamnestische Daten erforderlich!

Frühes Präeklampsie-Screening [2] [3] * — SSW 11+0 bis 13+6

☐ **PAPP-A und PlGF** [2] [3] * — S (f/g) 71,70 €
Präeklampsie-Screen (SSW 11+0 bis 13+6) — Alle anamnestische Daten erforderlich!

Präeklampsie-Diagnostik * — ab SSW 20

☐ **sFlt-1 / PlGF-Quotient (SSW > 20)** — S (f/g) 87,44 €
Keine anamnestische Daten erforderlich

[2] **Inklusive softwaregestützter Risikokalkulation** [3] Einwilligung nach Gendiagnostik-Gesetz erforderlich * PE-Diagnostik nur bei Einlingsschwangerschaften

Datum Blutentnahme | **Gewicht** ___,___ kg | **Größe** ___ cm

Ethnische Herkunft:

☐ Europäisch und Nordafrika (Europa, Latein-, Nordamerika, Nahost, Nordafrika)
☐ Afro-Karibisch (Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch) ☐ unbekannt
☐ Ostasiatisch (China, Japan, Korea) ☐ andere: _____
☐ Südasiatisch (Bangladesch, Indien, Pakistan)
☐ Südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)

Insulinpflichtiger Diabetes: ☐ nein ☐ ja

Raucherin: ☐ nein ☐ ja ..... Zigaretten/Tag

Parität:
☐ Nullipara
☐ >=1-Para →

Falls nicht Nullipara (vorausgegangene Schwangerschaften)
Anzahl spontane Geburten
SSW 16-30 ___ SSW 31-36 ___ SSW > 36 ___

Mehrlingsschwangerschaft:
☐ nein ☐ ja, Gemini monochorial ☐ ja, Gemini dichorial

Konzeptionsmethode: ☐ spontan ☐ Auslösung des Eisprungs ohne IVF

IVF-Schwangerschaft:
☐ nein
☐ ja Fremd-Eizellspende: Alter der Spenderin: _____ Datum der Spende: _____

Datum Ultraschall | **SSW + Tag (sonografisch)** ___ + ___

Ultraschall (bei Ersttrimester und Kombi-Screening)

SSL (Scheitel-Steiß-Länge, mm)	NT (Nackentransparenz, mm)	FH (Fetale Herzfrequenz)
___,___ (45 - 84 mm)	___,___	___ / Minute

SSL (Fetus 2, mm)	NT (Fetus 2, mm)	FH (Fetus 2)
___,___ (45 - 84 mm)	___,___	___ / Minute

Präanalytik

S (f/g) Serum frisch oder gefroren
Die Blutprobe bei Raumtemperatur 30 Min gerinnen lassen und nach Zentrifugation das Serum separat einsenden oder Röhrchen mit Trenngel verwenden.
Das Serum bis zum Transport möglichst kühl lagern (2-8°C), in jedem Fall jedoch vor Überhitzung (> 25° C) schützen. Ist ein Transport in das Labor nicht am Tag der Blutentnahme möglich, müssen Serumproben tiefgefroren gelagert und transportiert werden (Fahrdienst informieren, Kühlcontainer anfordern).

Einsender: Stempel und Unterschrift

Sonstige anamnestische Angaben bei PE (Präeklampsie-Screening)

Chronische arterielle Hypertonie?	☐ nein	☐ ja
Systemischer Lupus erythematodes?	☐ nein	☐ ja
Antiphospholipidsyndrom?	☐ nein	☐ ja
Mutter der Schwangeren hatte PE	☐ nein	☐ ja

Angaben zur letzten Schwangerschaft:
Gestationsalter bei Geburt: ___ + ___ Geburtsgewicht: ___ g

Gemini in letzter Schwangerschaft?	☐ nein	☐ ja
Vorausgegangene PE (Präeklampsie)?	☐ nein	☐ ja

UAPI (Pulsatilitätsindex der A. uterina, bei Präeklampsie-Screening)

A. uterina Doppler

links	rechts

MAP (Mittlerer arterieller Blutdruck, bei Präeklampsie-Screening)

Arterieller Blutdruck

	links	rechts
	___/___ mmHg	___/___ mmHg
2. Messung	___/___ mmHg	___/___ mmHg

Einwilligung zur genetischen Untersuchung [3]

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der/n geplanten genetischen Untersuchung(en). und der dafür erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial. Eine angemessene Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten und Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Einer gegebenfalls erforderlichen Weiterleitung des Untersuchungsauftrages, des Probenmaterials und der Daten an ein spezialisiertes medizinisches Labor stimme ich zu. Nach Abschluss der Analyse verbliebenes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat.

Ich bin mit der Aufbewahrung von überschüssigem Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
Ferner bin ich mit der anonymisierten Verwendung des verbleibenden Untersuchungsmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Patientenvereinbarung

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten ärztlichen Leistungen in dieser Zusammenstellung nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten meines Auftrages selbst tragen. Bei Abrechnung durch PVS: Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an die privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) weitergeleitet werden und die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzte an diese Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden.

Datum | Unterschrift der Patientin