

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK, gültig bis	Datum

Labor Lademannbogen

Humangenetik

Professor Rüdiger Arndt Haus
Lademannbogen 61-63 22339 Hamburg
Telefon 040 / 53805-800 - Telefax 040 / 53805-821
www.labor-lademannbogen.de Transportservice Telefon 040 / 53805 408

- Praxisstempel -

Begleitformular Präeklampsie-Diagnostik*

Material:

7,5 ml Blut in einer 7,5 ml **Serum-Monovette** steril entnehmen, 30 Min. stehen lassen, dann zentrifugieren (3000 U/Min für 5 Min.), **abgetrenntes Serum verschicken** (orangefarbige Laborversandtaschen). Wenn keine Zentrifuge vorhanden ist, bitte die Serum-Monovette 2 Std. im Kühlschrank (!) stehen lassen, dann 1-2 ml Serum in ein neues Röhrchen abgießen und verschicken. **Lagerung bei 4°C, Transport der Serumprobe unter 20 °C.**

Indikation

Datum der Blutentnahme

Klinische Daten

SSL (CRL) in mm vor 12. SSW

Datum US (SSL)

SSW laut Arzt bei Blutentnahme

Anzahl der Feten

Gewicht der Patientin in kg

Größe der Schwangeren in cm

Ethnische Zugehörigkeit

Weiß (Europa, Mittlerer Osten, Nordafrika, Latein-Amerika)

Schwarz (Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)

Asiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)

Ost-Asiatisch (China, Korea, Japan)

IVF/ICSI

Besonderheiten in der Anamnese

Rechnung an Einsender

Rechnung an Patientin

Rechnung Privat

Rechnung Kasse

Klinische Daten speziell

Vorangegangene Präeklampsie/HELPP

Chronischer Hypertonus ($\geq 140/90$ mmHg)

Hypertonus – Onset in Schwangerschaft

Uterina –Doppler

PI links PI rechts

RI links RI rechts

Notching

Kein Notch

Unilateral

Bilateral

Laboruntersuchung

PIGF

sFlt-1

Ultraschalluntersuchung¹

Impedanz A. uterinae

Notching A. uterinae

¹Bitte Feld markieren, falls Ihre Ultraschalldaten im Befund stehen und mit Ihrem Einverständnis in unserer Datenbank gespeichert werden sollten.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der oben genannten Untersuchung aufgeklärt wurde und mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde.

Datum

Unterschrift der Patientin

*Fremdlaborleistung