

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 zum Zweittrimester-Screening*

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. stehen lassen, dann 1-2 ml Serum in ein neues Röhrchen abgießen und verschicken. **Lagerung und Transport der Serumprobe unter 20°C.**

Datum der NT- und SSL-Messung _____

Nackentransparenzmessung (NT) in mm _____

Scheitelsteißlänge in mm _____

Datum der Blutentnahme _____

Gewicht der Patientin in kg _____

Einlingsschwangerschaft

Mehrlingsschwangerschaft (Anzahl) _____

Vorangegangene Geburten
keine 1 2 3

Ethnische Zugehörigkeit

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

Schwarz (Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)

Asiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)

Ost-Asiatisch (China, Korea, Japan)

Raucherin Ja wieviel _____
Nein

IVF-Schwangerschaft ja
nein

z.B. Trisomien (welche?) _____

Ovulationsauslöser ja
nein

Sonstige Besonderheiten
z.B. Diabetes _____

Untersuchungen (SSW 14+0 – 17+6)

Quadruple-Untersuchung (€ 90,35)
Bei Frauen ohne Untersuchungsergebnisse aus dem 1. Trimenon
AFP, hCG, uE3, Inhibin A

Triple-Untersuchung („Triple-Test“)
(€ 43,71)
Bei Frauen ohne Untersuchungsergebnisse aus dem 1. Trimenon
AFP, hCG, uE3

Integriertes Screening ohne oder mit NT
(€ 104,92)
Risikopräzisierung beruhend auf 5 biochemische Marker, ggf. mit Angabe der NT (SSW 11+0 – 13+6). Zusätzlich werden 100 NT-Messwerte des sonographierenden Arztes benötigt, um eine untersucherspezifische Referenz zu erstellen (keine FMF-Zertifizierung notwendig).

Erstuntersuchung 1. Blutentnahme:

PAPP-A: SSW 10+6 - 13+6, empfohlen SSW 10+6 - 11+6, ggf. mit Angabe der NT (kann auch nachgereicht werden)

Folgeuntersuchung 2. Blutentnahme:

AFP, hCG, uE3, Inhibin A
SSW 14+0 – 17+6

Sequentielle Folgeuntersuchung I (€ 90,35)
Risikopräzisierung nach Ersttrimester-Screening
AFP, hCG, uE3, Inhibin A

Sequentielle Folgeuntersuchung II (€ 75,78)
Nach erniedrigten Serum AFP-Werten (<0,5 MoM)
hCG, uE3, Inhibin A

IGeL-Leistung

Rechnung an Einsender
Rechnung an Patientin

Datum _____ Unterschrift der Patientin _____

* Fremdlaborleistung

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

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu genetischen Untersuchungen erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu der geplanten genetischen Untersuchung sowie zu der dafür erforderlichen Probenentnahme (Blut-/Gewebeentnahme). Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurde,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin.

Angabe der gewünschten Untersuchung(en)

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass durch das GenDG eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vorgeschrieben ist. Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchung zur Diagnosefindung bin ich einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden.

Mit der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meine(n) mit behandelnde(n) Ärztin/Arzt bin ich einverstanden.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden.

Verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Untersuchung durchgeführt hat.

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ort/Datum (Unterschrift der(s) anwesende(n) Ärztin/Arztes)

(Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter)

Tabelle: Risikoermittlung für fetale Chromosomenveränderungen und Verschlussstörungen, hier: % Detektionsrate (bei einer Falsch-Positiv-Rate von 5%)

Methode Zweittrimester-Screening	Marker	Detektionsrate (Malone et al. 2005)
Quadruple-Untersuchung	AFP, hCG, uE3, Inhibin A	81% (70%-86%)
Triple-Untersuchung („Triple-Test“)	AFP, hCG, uE3	69% (63%-74%)
Integriertes Screening ohne NT	1. PAPP-A 2. AFP, hCG, uE3, Inhibin A	85-88%
Integriertes Screening mit NT	1. PAPP-A und NT 2. AFP, hCG, uE3, Inhibin A	94-96%

Literatur: Malone FD, Canick JA, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Bukowski R, Berkowitz RL, Gross SJ, Dugoff L, Craigo SD, Timor-Tritsch IE, Carr SR, Wolfe HM, Dukas K, Bianchi DW, Rudnicka AR, Hackshaw AK, Lambert-Messerlian G, Wald NJ, D'Alton ME; First- and Second-Trimester Evaluation of Risk (FASTER) Research Consortium. N Engl J Med. 2005 Nov 10;353(19):2001-11.