

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



LABOR LADEMANNBOGEN

MEDIZINISCHE EXPERTISE

Labor Lademannbogen MVZ GmbH Tel.: (040) 53805 880
 Professor-Rüdiger- Arndt-Haus Fax: (040) 53805 125
 Lademannbogen 61-63 Probentransport: (040) 53805 333
 22339 Hamburg www.labor-lademannbogen.de

- Praxisstempel -

Begleitformular zum Ersttrimester-Screening

Hinweis: Wenn die Vollblutprobe nicht am Tag der Blutentnahme in das Labor geschickt wird, empfiehlt es sich, das Serum abzutrennen: ca. 7,5 ml Blut mit einer Serum-Monovette entnehmen, 30 Minuten stehen lassen, dann zentrifugieren (3000 U/min für 5 Min.), abgetrenntes Serum verschicken. Sollte keine Zentrifuge zur Verfügung stehen, bitte die Serum-Monovette zur Blutgerinnung 2 Std. im Kühlschrank stehen lassen, 2 ml Überstand (Serum) in ein neues (mit Patientendaten versehenes!) Röhrchen abgießen und verschicken.
 Lagerung bei 4°C, Transport der Serumprobe erfolgt in der Regel bei einer Temperatur zwischen 10°C und 20°C (entsprechend gekühlte Transportbox wird vom Kurier verwendet).

<p>Datum der NT- und SSL-Messung _____</p> <p>NT in mm _____</p> <p>Scheitelsteißlänge in mm (SSL 45 mm - 84 mm) _____</p> <p>Herzaktion vorhanden <input type="checkbox"/> fehlend <input type="checkbox"/></p> <p>Herzfrequenz (Schläge pro Minute) _____</p> <p>Datum der Blutentnahme _____</p> <p>Gewicht der Patientin in kg _____</p> <p>Einlingsschwangerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Mehrlingsschwangerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ethnische Zugehörigkeit</p> <p>Weiß (Europa, Latein-, Nordamerika, Nahost, Nordafrika) <input type="checkbox"/></p> <p>Schwarz (Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch) <input type="checkbox"/></p> <p>Südasiatisch (Bangladesch, Indien, Pakistan) <input type="checkbox"/></p> <p>Südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam) <input type="checkbox"/></p> <p>Ostasiatisch (China, Japan, Korea) <input type="checkbox"/></p> <p>Andere <input type="checkbox"/></p>	<p>Raucherin Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wieviel _____</p> <p>IVF-Schwangerschaft nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>wenn ja, Gestationsdiabetes, diätetisch <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes, insulinpflichtig <input type="checkbox"/> DM Typ I, insulinpflichtig <input type="checkbox"/> DM Typ II, diätetisch <input type="checkbox"/> DM Typ II, insulinpflichtig <input type="checkbox"/></p> <p>Trisomien in früheren Schwangerschaften (welche): _____</p> <hr/> <p>Das Ersttrimester-Screening ist eine IGeL-Leistung</p> <p>Biochemie 33,52€ <input type="checkbox"/></p> <p>Biochemie und NT-Messung (Gesamtrisikoberechnung) 51,01€ <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Rechnung an Patientin <input type="checkbox"/></p> <p>Datum Unterschrift der Patientin</p>
---	--

Rot markierte Parameter: Sobald eine Angabe fehlt, Kann keine Risikoberechnung durchgeführt werden.

Das Labor Lademannbogen ist seit dem 25.11.2002 durch die Fetal Medicine Foundation (FMF) in England zertifiziert. Die Software der FMF Deutschland steht zur Verfügung.

Aufklärung: Pränatale Risikoanalyse (Ersttrimester-Screening)

Das Ersttrimester-Screening stellt eine risikoarme Methode zur Abschätzung des Risikos für eine Chromosomenveränderung beim erwarteten Kind dar. Ein zusätzliches Fehlgeburtsrisiko besteht dadurch nicht.

Im Ersttrimester-Screening werden sonographische und biochemische Parameter, Alter der Schwangeren sowie zusätzliche Besonderheiten (z.B. Gewichtsangabe der Schwangeren) berücksichtigt. Durch die Kombination aller Messwerte erreicht im Ersttrimester-Screening die Erkennungsrate chromosomaler Veränderungen eine Wahrscheinlichkeit von ca. 80 bis 90%. Das Ersttrimester-Screening ist deshalb nicht für Schwangere geeignet, die einen *sicheren* Ausschluss einer Chromosomenveränderung wünschen.

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



LABOR LADEMANNBOGEN
MEDIZINISCHE EXPERTISE

Labor Lademannbogen MVZ GmbH Tel.: (040) 53805 880
 Professor-Rüdiger- Arndt-Haus Fax: (040) 53805 125
 Lademannbogen 61-63 Probentransport: (040) 53805 333
 22339 Hamburg www.labor-lademannbogen.de

- Praxisstempel -

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Einwilligung:

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)