

# PRÄEKLAMPSIE



**BIOSCIENTIA**  
MEDIZIN. LABOR. SERVICE.

Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH |  
Konrad-Adenauer-Straße 17 | D-55218 Ingelheim | Tel. 06132-781-411 |  
Fax 06132-781-194 | info.genetik@bioscientia.de | bioscientia.de/genetik

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

Arztstempel und Unterschrift
------------------------------

Barcode
---------

RECHNUNGSART	
<input type="checkbox"/> Privat <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
RECHNUNGSEMPFÄNGER	
<input type="checkbox"/> Einsender	<input type="checkbox"/> Patientin

PROBENMATERIAL	
<input type="checkbox"/> Serum	
Probengefäße (Anzahl)	<input type="text"/>

## Untersuchung

- Präeklampsie-Screening\* (10+0 bis 13+6)  
PIGF, PAPP-A (43,72€) **IGeL-Leistung<sup>1</sup>**  
bitte auch alle klinischen Daten auf der Rückseite angeben
- Präeklampsie-Diagnostik (20+0 bis 23+6)  
PIGF, sFlt-1, Quotientenberechnung (58,29€) **IGeL-Leistung<sup>1</sup>**
- Präeklampsie-Diagnostik (24+0 bis Entbindung)  
PIGF, sFlt-1, Quotientenberechnung **GKV-Leistung**

## Verlaufskontrolle

Wurde uns während der aktuellen Schwangerschaft schon einmal eine Serum-Probe zugesendet?

- ja
- nein

## Klinische Daten Allgemein

Anzahl der Feten	<input type="text"/>
Datum der Probennahme	<input type="text"/>
SSW laut Arzt bei Blutentnahme	<input type="text"/> + <input type="text"/>

SSL (CRL) vor 12. SSW	<input type="text"/>
Datum US	<input type="text"/>
Gewicht der Schwangeren	<input type="text"/> kg
Größe der Schwangeren	<input type="text"/> mm

### Ethnische Herkunft

- kaukasische (europäische Herkunft)
- andere
- IVF/ICSI

## Klinische Daten Speziell

- Vorangegangene Präeklampsie/HELLP
- Chronischer Hypertonus (> 140/90 mmHG)
- Hypertonus-Onset in der Schwangerschaft

### Uterina-Doppler

PI links	<input type="text"/>
PI rechts	<input type="text"/>
RI links	<input type="text"/>
RI rechts	<input type="text"/>

### Notching

- kein Notch
- unilateral
- bilateral

Besonderheiten der Anamnese: (Lupus eryt., Nierenerkrankung, etc.)

---



---

### <sup>1</sup>Einverständniserklärung:

Nach Aufklärung und sachlicher Information über Bedeutung, medizinischen Nutzen sowie etwaige Risiken wünsche ich die obigen ärztlichen Leistung/en.  
Auf mein Recht zur ärztlichen Zweitmeinung wurde ich hingewiesen. Mir ist bekannt, dass die Kosten für diese Leistung/en nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung und u.U. nicht von der privaten Krankenversicherung übernommen werden; die ausgestellte Rechnung ist auch nicht beihilfenfähig. **Die Kosten trage ich selbst.** Die voraussichtlichen Gesamtkosten hierfür, mit den GOÄ-Ziffern wurden mir mitgeteilt. Nach ausreichender Bedenkzeit **erteile ich mit meiner Unterschrift den Auftrag** zu obigen/r ärztlichen/r Leistung/en,

**und mein Einverständnis zur Abrechnung** der ärztlichen Leistung und Geltendmachung der Forderung durch die PVS Bayern AG (PVS), Arnulfstraße 31, 80636 München und **Weitergabe der dafür erforderlichen Daten** (Personen- und Behandlungsdaten) an diese. Mir ist bekannt, dass die Probe und meine Daten, soweit notwendig, an ein anderes Labor übermittelt werden könnten. Der Datenschutz bleibt dabei gewahrt.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_

## Klinische Daten Screening

Für die Bewertung sind auch die klinischen Daten auf der Vorderseite notwendig.

Arterieller Blutdruck, rechts 1. Messung       2. Messung

Arterieller Blutdruck, links 1. Messung       2. Messung

Ao. uterinae-Doppler PI  rechts  links

Rauchen während der Schwangerschaft  ja  nein

IVF-Schwangerschaft  ja  nein

Eizellspende, Alter der Spenderin   Jahre

### Angaben zu vorausgegangenen Schwangerschaften

Vorausgegangene Präeklampsie bei der Schwangeren  ja  nein

Vorausgegangene Präeklampsie bei der Mutter der Schwangeren  ja  nein

Gemini während der letzten Schwangerschaft  ja  nein

Zeitraum seit der letzten Schwangerschaft   Jahre

Geburten vor der 24. Schwangerschaftswoche   Anzahl

Geburten nach der 24. Schwangerschaftswoche   Anzahl

### Angaben zur letzten Schwangerschaft

Gestationsalter bei Geburt   Wochen +   Tage

Gewicht bei Geburt     g

### Weitere Klinische Angaben

Antiphospholipidsyndrom  ja  nein

Systemischer Lupus Erythematodes  ja  nein

Diabetes mellitus Typ 1  ja  nein

insulinpflichtig  ja  nein

Diabetes mellitus Typ 2  ja  nein

insulinpflichtig  ja  nein