

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  
 Professor-Rüdiger- Arndt-Haus Tel.: (040) 53805 116  
 Lademannbogen 61-63 (040) 53805 880  
 22339 Hamburg www.labor-lademannbogen.de

- Praxisstempel -

## Begleitformular Präeklampsie-Diagnostik (Fremdlaborleistung)

Hinweis: **Bitte die Vollblutprobe oder das Serum am Tag der Blutentnahme in das Labor schicken.**

**Falls dies nicht möglich ist, sollte zumindest das Serum abgetrennt werden:** 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. Wenn keine Zentrifuge zur Verfügung steht, 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).

### 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
- Ultraschalluntersuchung<sup>1</sup>
- Impedanz A. uterinae
- Notching A. uterinae

<sup>1</sup>Bitte 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