

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Rechnung</b>		
selbstzahlender Kassenpatient <input type="checkbox"/>	Privatpatient <input type="checkbox"/>	Rechnung an einsendende Praxis <input type="checkbox"/>

**Anforderungsbeleg und Laborarbeitsblatt**  
 **Screening auf Chromosomenstörungen** und/oder  
 **Präeklampsiescreening im 1. Trimenon (SSL 45-84 mm)**

**Materialentnahme**

Probenentnahme: Tag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Material:  Vollblut  Serum  
 Serumbewertung: Tag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Serum gefrosten:  ja  nein

(Start Zentrifugation nach mind. 30 min / max. 4 Std. Gerinnung)

**Sonografische Untersuchung**

SSW bei Probenentnahme: Wochen + Tage  
 rechnerisch: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
 sonografisch: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
 Fet 1 Fet 2

Scheitel-Steiß-Länge: \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ mm

Nackentransparenz: \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ mm

fetale Herzfrequenz: \_\_\_\_\_ SpM \_\_\_\_\_ SpM

Nasenbein vorhanden:  ja  nein  ja  nein  
 unklar  unklar

Chorionizität (notwendig bei Geminischwangerschaft):  dichorial diamniotisch  monochoorial diamniotisch  monochoorial monoamniotisch  andere \_\_\_\_\_

**Einsender** (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

**Patientendaten**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg ethnische Zugehörigkeit:  
 Größe: \_\_\_\_\_ cm  weiß (Europa, Mittlerer Osten, Nahost, Nordafrika, Nordamerika, Lateinamerika)  
 Raucherin:  ja  nein  ostasiatisch (China, Japan, Korea)  
 Diabetes mellitus:  ja  nein  schwarz (Afrika, Karibik, Afro- Amerikanisch)  
 wenn ja:  Typ 1  Typ 2  Gestationsdiabetes  südasiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)  
 insulinpflichtig:  ja  nein  südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)  
 andere \_\_\_\_\_

Anzahl früherer Geburten (≥ 24. SSW): \_\_\_\_\_  
 frühere Schwangerschaft mit Trisomie 21/ 18/ 13:  
 wenn ja:  ja  nein  Tris 21  Tris 18  Tris 13

mit Präeklampsie:  ja  nein  Ovulationsauslöser ohne IVF

**IVF Schwangerschaft**

wenn ja:  
 Art der IVF:  IVF  ICSI  Insemination  
 eingefrorene Eizelle:  ja  nein  
 Datum der Eizellentnahme: \_\_\_\_\_ Konzeptionsdatum: \_\_\_\_\_  
 Eizellspende:  ja  nein wenn ja, Geburtsdatum der Spenderin: \_\_\_\_\_

**Daten für Präeklampsiescreening**

Datum der letzten Entbindung: \_\_\_\_\_ Gestationsalter bei Entbindung: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ SSW  
 chronische Hypertonie:  ja  nein arterieller Blutdruck: systolisch / diastolisch  
 system. Lupus erythematodes:  ja  nein linker Arm Messung 1 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
 Anti-Phospholipid-Syndrom:  ja  nein Messung 2 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
 frühere Schwangerschaft mit: rechter Arm Messung 1 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
 Präeklampsie  ja  nein Messung 2 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
 „small for gestational age“ Baby  ja  nein  
 familiäre Präeklampsie (Mutter):  ja  nein Aa. uterinae Pulsatilitätsindex: links \_\_\_\_\_ rechts \_\_\_\_\_

*Ab hier nur vom Labor auszufüllen!*

Interpretation: Screening auf Chromosomenstörungen \_\_\_\_\_ Präeklampsiescreening \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten	geb. am
Adresse:	

## Information und Einwilligungserklärung zum Screening auf Chromosomenstörungen und zum Präeklampsiescreening im 1. Schwangerschaftsdrittel (SSL 45,0 mm – SSL 84,0 mm)

Sehr geehrte Patientin,

mit Hilfe einer Laboruntersuchung aus Ihrem Blut ist es möglich, ein für Sie **individuelles Risiko für die Geburt eines Kindes mit einer Chromosomenanomalie** zu ermitteln. Ein auffälliges Testergebnis besagt aber nicht, dass das Kind diese Störung mit Sicherheit haben wird. Es handelt sich um ein Screening, welches ggf. zu weiteren Untersuchungen Anlass sein kann. Andererseits schließt ein unauffälliges Testergebnis nicht mit absoluter Sicherheit eine Störung aus. Ihre Ärztin/ Ihr Arzt wird Sie gern ausführlich über diese Untersuchung informieren.

Neben der erläuterten Laboruntersuchung auf Chromosomenstörungen kann die Berechnung eines **individuellen Risikos für die Entwicklung einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft (Präeklampsie)** durchgeführt werden. Hierfür ist es notwendig einen weiteren Blutparameter, den plazentaren Wachstumsfaktor PIGF, zu ermitteln. Bei einem auffälligen Testergebnis kann durch eine engmaschigere Vorstellung bei Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt und ggf. durch die vorbeugende Gabe von Acetylsalicylsäure (ASS) das Auftreten einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft vermieden werden.

Das Screening auf Chromosomenstörungen sowie das Präeklampsiescreening stellen keine vertragsärztlichen Leistungen dar. Wenn Sie eine solche Untersuchung wünschen, müssen Sie die folgenden Kosten selbst tragen:

- GOÄ € 33,52** – Screening auf Chromosomenstörungen
- GOÄ € 60,48** – Präeklampsiescreening
- GOÄ € 77,24** – Screening auf Chromosomenstörungen & Präeklampsiescreening

### Einwilligung zur vorgeburtlichen Risikoabschätzung (lt. Gendiagnostikgesetz (GenDG))

Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten vorgeburtlichen Risikoabschätzung zu sprechen.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und die Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoabschätzung wünsche. Die oben genannten Kosten der jeweiligen Untersuchung werde ich selbst tragen.

### Erklärung zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen

Hiermit willige ich ein, dass – wenn nicht zutreffend, bitte streichen – (Nicht gestrichen wird als JA gewertet.)

- meine Proben nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für mögliche weitere diagnostische Untersuchungen aufbewahrt werden können.
- die Untersuchungsergebnisse nach Abschluss der Untersuchungen zum Zweck der Nachprüfbarkeit über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden. (Ein Anspruch auf die Lagerung der Proben und die verlängerte Archivierung der Untersuchungsergebnisse kann nicht erhoben werden.)
- meine Proben *und die Untersuchungsergebnisse* für interne Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form *verwendet* werden können.
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik nicht möglich sein sollte.

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO).

Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Das Untersuchungsergebnis wird dem einsendenden Arzt mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. für Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin bzw. gesetzliche Vertreter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
verantwortliche ärztliche Person (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. für Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin bzw. gesetzliche Vertreter