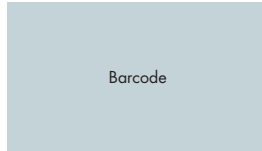


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Auftrag zur Pränataldiagnostik

Einwilligung zur genetischen Diagnostik nach Gendiagnostikgesetz

Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir entnommenen Proben für oben genannte diagnostische Fragestellung auf genetische Veränderungen untersucht werden (GenDG §8). Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages in ein spezialisiertes Labor bin ich einverstanden. Persönliche Angaben dürfen nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte weitergegeben werden. Ich habe das Infoblatt „Aufklärung vor genetischen Analysen gemäß GenDG“ gelesen und wurde durch einen laut GenDG §7 qualifizierten Arzt ausführlich nach GenDG §10 beraten. Ich kenne die Widerrufsbedingungen und stimme der genetischen Analyse zu. Ich bin damit einverstanden, dass abweichend vom GenDG §12 bzw. §13, die Untersuchungsergebnisse und die von mir genommenen Proben nach diagnostischen Ermessen im Labor aufbewahrt/vernichtet werden.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Datum der Blutentnahme

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Datum des Ultraschalls

Patientenerklärung über Individuelle Gesundheitsleistungen

Ich wünsche die Durchführung der vermerkten individuellen Gesundheitsleistungen. Mir ist bekannt, dass diese nicht erstattungsfähig und die Kosten von mir selbst zu tragen sind. Über Kosten und Umfang der Leistungen wurde ich ausführlich informiert. Die Liquidation erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Rechnung wird vom alphaomega Labor erstellt und von mir selbst bezahlt. Falls eine Fremdleistung nötig ist, gestatte ich die Weitergabe meiner Daten und des Probenmaterials.

Praxisstempel

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Laborleistungen	Laborparameter	Preis
Ersttrimester-Screening SSW 11+1-13+6, SSL 45-84 mm		
<input type="checkbox"/> Trisomie 21-Risiko <input type="checkbox"/> mit Risikoberechnung	freies β -hCG, PAPP-A	29,14 €
<input type="checkbox"/> Präeklampsie-Risiko	PAPP-A, PIGF	34,97 €
<input type="checkbox"/> Trisomie 21- und Präeklampsie-Risiko <input type="checkbox"/> mit Risikoberechnung	freies β -hCG, PAPP-A, PIGF	49,54 €
Integriertes Screening		
<input type="checkbox"/> SSW 10+3-12+0 1. Teil	PAPP-A	14,57 €
<input type="checkbox"/> SSW 14+0-19+6 2. Teil	hCG, AFP	Kassenleistung
Zweittrimester-Screening		
<input type="checkbox"/> SSW 20+0-Geburt Präeklampsie-Risiko	PIGF, sFlt-1 *	40,80 €
<input type="checkbox"/> SSW 14+1-19+6 Triple-Test	Estriol, β -hCG, AFP (AFP Kassenleistung)	29,14 €

Hinweis

Probenentnahmematerial und Transport ins Labor werden nach §10 GOÄ mit **5,90 €** berechnet.

* Unter best. Voraussetzungen (Hypertonus der Mutter, Fetale Wachstumsstörung, auffällige Dopplersonografie etc.) übernehmen die Krankenkassen ab der 24. SSW die Kosten für die Bestimmung der PIGF-Konzentration und des sFlt-1/PIGF-Quotienten (extrabudgetär bis vorerst 09/2021).

Ambulante Arztleistungen (bitte ankreuzen)	GOÄ-Ziffer	Preis	Faktor
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66 €	
<input type="checkbox"/> Eingehende Beratung	3	8,74 €	
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	2,33 €	
<input type="checkbox"/> Materialentnahme (Mikrobiol.)	298	2,33 €	
<input type="checkbox"/> Ultraschall, Zuschlag	403	8,74 €	
<input type="checkbox"/> Ultraschall eines Organes	410	11,66 €	
<input type="checkbox"/> Ultraschall in der Schwangerschaft	415	17,49 €	

Essentielle Angaben für die Präeklampsie-Berechnung auf Rückseite

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

SSW rechnerisch	<input type="text"/>	SSW sonografisch	<input type="text"/>		1. Fetus	2. Fetus	3. Fetus
Anzahl der Feten	<input type="checkbox"/> Einling	<input type="checkbox"/> Zwillinge	<input type="checkbox"/> Drillinge	SSL in mm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chorionizität	<input type="checkbox"/> monochorial	<input type="checkbox"/> monoamniot	<input type="checkbox"/> diamniot	NT in mm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> dichorial	<input type="checkbox"/> diamniot	<input type="checkbox"/> triamniot	BIP in mm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> trichorial	<input type="checkbox"/> triamniot		NB vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Patientin und früheren Schwangerschaften

Ethnische Herkunft	<input type="checkbox"/> kaukasisch/europäisch	<input type="checkbox"/> orientalisch	<input type="checkbox"/> afrokaribisch	<input type="checkbox"/> westasiatisch	<input type="checkbox"/> ostasiatisch
Raucherin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	Zig./Tag	
Frühere Schwangerschaften mit Trisomie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 18	
Parität	<input type="checkbox"/> Nullipara	<input type="checkbox"/> ≥1-Para			

Diabetes	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Syst. Lupus Erythematodes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anti-Phospholipid-Syndrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Präeklampsie in der früheren Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Präeklampsie in der Familie (Mutter)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Frühere SGA Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Gewicht in kg	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Körpergröße in cm	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Zusätzliche Angaben

Ovulationsauslöser	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Konzeption spontan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein*
*welche Insemination	<input type="checkbox"/> IVF	<input type="checkbox"/> ICSI
Art der Eizellenspende	<input type="checkbox"/> eigene	<input type="checkbox"/> fremde
Datum der Eizellenspende	<input type="text"/>	

Weitere Informationen

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Arteria uterina Doppler

Rechte A. uterina PI	<input type="text"/>
Linke A. uterina PI	<input type="text"/>

Blutdruck der Mutter

Rechter Arm	<input type="text"/>	mmHg
Linker Arm	<input type="text"/>	mmHg