

LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.
Name, Vorname des Versicherten					
geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			

**Biochemie-Labor
Pränatalzentrum Hamburg**



Altonaer Str. 63
20357 Hamburg

Tel.: 040/ 43 29 26 21
Fax: 040/ 43 29 26 41

Begleitformular Serum-Screening

(PAPP A und free-β hCG)

Ersttrimesterscreening (Bestimmung von PAPP-A und free-β HCG 11 + 0 bis 13 + 6 SSW)

SSW (rechn. bei **regulärem** Zyklus) _____ SSL-Messung am _____
(abgeschl. Wochen + Tage)

SSL in mm (45-84 mm) _____ NT in mm _____

Ethnische Herkunft _____ Z.n. Trisomie 21, 13 oder 18 _____
(z.B. weiß, asiatisch, schwarz)

Herkunftsland _____

Konzeption spontan IVF ICSI Gemini monochorial dichorial
Ovulation stimuliert ja nein Parität > 0 = 0

IVF / ICSI:
Alter der Patientin bei Eizellentnahme _____ Konzeptionsdatum _____
Eizellspende ja nein Alter der Spenderin _____ Datum der Spende _____

Zusatzmarker: Nasenbein darstellbar ja nein
(bei Zertifizierung) Tricuspidalklappenregurgitation nein ja
PI (Pulsatilitätsindex) D. venosus _____

Einnahme von Utrogest ja, bis zum _____ nein
(3 Tage vor Blutentnahme kein Utrogest)

Gewicht der Patientin _____ kg **Raucherin** ja Anzahl der Zig. pro Tag _____
 nein

Datum der Blutentnahme _____ **Diabetes** ja Typ I Typ II
 nein

Absender: _____
Praxisstempel und Unterschrift (bitte leserlich)

Einwilligung zur genetischen Diagnostik

Ich wurde von meiner behandelnden Ärztin/meinem Arzt über den Umfang sowie über die Bedeutung der o.g. Untersuchung aufgeklärt. Nach einer für mich angemessenen Bedenkzeit willige ich in die Untersuchung ein. Mir wurde erklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mündlich/schriftlich widerrufen kann und die Ergebnisse auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsergebnisses, auch über die gesetzliche Frist hinaus, bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann.

Unterschrift (Patientin / erziehungsberechtigte Person)

Material: 10 ml Blut in Serummonovette, bei Ersttrimesterscreening bitte vor Versand zentrifugieren und **nur Serum** einsenden.