

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

Pränatalzentrum Hamburg Biochemie Labor

Altonaer Str. 63 • 20357 Hamburg
Fon: 040-43292621 • Fax: 040-43292641



Begleitformular First-Trimester-Screening (Bestimmung von PAPP A und free β -hCG 11 + 0 bis 13 + 6 SSW)

Schwangerschaft

SSW (rechn. bei **regulärem** Zyklus) _____
abgeschl. Wochen + Tage

US-Untersuchung vom: _____

Gewicht der Patientin _____

Ethnische Herkunft _____
(z.B. weiß, asiatisch, schwarz)

Raucherin: ja Zig./d. _____
 nein

Herkunftsland _____
(bitte genaue Angabe)

Diabetes ja **Typ I** (insulinpflichtig)
 nein

Typ II diätisch insulinpflichtig
Gestationsdiabetes diätisch insulinpflichtig

Ovulation stimuliert: ja
 nein

Parität = 0 > 0

Konzeption: spontan

Z.n. Trisomie 21, 13 oder 18 _____

IVF / ICSI:

Konzeption: IVF ICSI

Konzeptionsdatum: _____

Eizellspende ja nein

Alter der Patientin bei Eizellentnahme: _____

Alter der Spenderin: _____

Fetus

SSL in mm (45-84 mm): _____

NT in mm _____

Gemini monochoiral-monoamnial monochoiral-diamnial dichorial-diamnial

Zusatzmarker: (bei Zertifizierung)
Nasenbein darstellbar ja nein
Tricuspidalklappenregurgitation nein ja

PI (Pulsatilitätsindex) D. venosus _____

Blutentnahme

Datum der Blutentnahme: _____

Einnahme von Progesteron nein ja, bis zum _____

(3 Tage vor Blutentnahme bitte kein Progesteron)

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

Untersuchung auf eigenen Wunsch



BETREFF: **Serum-Screening im ersten und zweiten Trimenon**
(First-Trimester-Serum-Screening und/oder AFP-Bestimmung)

Sehr verehrte Frau _____.

Die Kosten für Untersuchungen und Beratungen sowie Laboruntersuchungen in der Schwangerschaft werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur dann übernommen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht (Indikation).

Liegt diese Indikation nicht vor, darf Ihre Ärztin/Ihr Arzt die entsprechende Untersuchung nicht durch eine Überweisung verordnen. Sie können jedoch die Behandlung oder Untersuchung als **„außerordentliche Leistung“** in Anspruch nehmen. Wir erstellen dann eine entsprechende Privatliquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Falle der oben genannten Untersuchung wie folgt:

	Euro
<input type="checkbox"/> PAPP-A und free β -hCG (Blutuntersuchung zur Wahrscheinlichkeits Berechnung von Chromosomenstörungen)	42,00
<hr/>	
<input type="checkbox"/> AFP-Untersuchung (zur Risikoeinschätzung eines Neuralrohrdefektes)	21,00

Ich wünsche die Durchführung oben genannter Leistungen, die ich für sinnvoll halte, ausdrücklich als Privatpatientin. Mir ist klar, dass es sich aus vertragsärztlicher Sicht nicht um medizinisch notwendige Leistungen im Sinne des Gesetzes (§ 12 SGB V) handelt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die mit dieser Behandlung entstehenden Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte selber tragen muss, und eine Erstattung seitens meiner Krankenkasse ganz oder teilweise nicht erfolgen kann. Es erfolgt eine postalische Zustellung der Rechnung mit der Bitte um Überweisung.

Unterschrift der Patientin, Datum

Unterschrift des Arztes, Datum

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)