



## Anforderungsschein für das Ersttrimester-Screening

**SSW: 11+1 bis 13+6;**  
**SSL: 45 mm – 84 mm**

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

Privat – Rechnung an Patientin    IGeL – Rechnung an Patientin    Honorarmanagement    Fax

**Venöses Blut in Serum-Monovette abnehmen. Blut bei Raumtemperatur 30 Minuten aufrecht stehend ausgerinnen lassen. Anschließend die Probe zentrifugieren und das Serum in ein Transportröhrchen überführen oder einen Filter einschieben. Probe bis zum Versand im Kühlschrank lagern, die Probe muss innerhalb von 48 Stunden im Labor eintreffen. Wenn zeitgleich eine weitere Blutentnahme (EDTA/Citrat) erforderlich ist, so muss diese unbedingt nach dem Befüllen der Serum-Monovette erfolgen.**

Tag der Blutentnahme	Besonderheiten (z. B. Nasenbein, assist. Reproduktion, Diabetes)	Raucherin: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   Zigaretten pro Tag: _____
Tag der US-Untersuchung		
<input type="checkbox"/> Einlings-SS <input type="checkbox"/> Zwillings-SS	<input type="checkbox"/> Eizellspende	Ethnische Zugehörigkeit: <input type="checkbox"/> kaukasisch <input type="checkbox"/> asiatisch <input type="checkbox"/> afro-karibisch <input type="checkbox"/> orientalisch
Scheitel-Steiß-Länge in mm	Konzeptionsdatum	Risikoberechnung und Beurteilung gewünscht: <input type="checkbox"/> ja, FMF-Deutschland <input type="checkbox"/> ja, Advanced Firsttrimester Screening (nach Prof. Schmidt) <input type="checkbox"/> nein
Nackentransparenz (NT) in mm	Alter der Spenderin (bei Spende)	
SSW sonographisch	Frühere Schwangerschaften mit: <input type="checkbox"/> Trisomie 21 <input type="checkbox"/> Trisomie 13 <input type="checkbox"/> Trisomie 18	
Gewicht der Schwangeren in kg		

### IGeL/Honorarmanagement

#### Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (IGeL)

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die umseitig angeforderte(n) privatärztliche(n) Laboranalyse(n) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten (Abrechnung nach der Gebührenordnung der Ärzte – GOÄ – Stand: 01.04.2005) selbst tragen. Gleiches gilt für die bei meinem behandelnden Arzt anfallenden Kosten. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

**Für den Fall, dass die Rechnungsstellung der Gesamtleistung (ärztliche und labormedizinische Leistung) durch die LABCON-OWL GmbH erfolgt, erkläre ich, dass folgende Leistungen ausgeführt wurden:**

	Leistung	Ziffer	Faktor	Preis
<input type="checkbox"/>	Ärztliche Beratung, einfach	1	2,3	10,72 €
<input type="checkbox"/>	Ärztliche Beratung, ausführlich	3	2,3	20,11 €
<input type="checkbox"/>	Blutentnahme	250	1,8	4,19 €
<input type="checkbox"/>	Ultraschall	415	2,3	40,23 €

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die sich aus vorstehenden GOÄ-Ziffern ergebende Gebührenforderung des Arztes/Labors wird unter Bezugnahme auf die bestehende Abrechnungsvereinbarung gemäß Honorarmanagement an die LABCON-OWL GmbH übermittelt. Bei den beauftragten IGeL-Leistungen handelt es sich um umsatzsteuerbefreite Heilleistungen gemäß §4 Nr.14 UStG. Im Falle einer Steuerpflicht zeigt der Arzt/das Labor der LABCON-OWL GmbH dies für die Rechnungsstellung an.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Ärztin / Arzt \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patientin \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

### Vorgeburtlichen Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung [Trisomie 13, 18, 21]

Es handelt sich bei dieser Untersuchung um eine Risikoanalyse, bei der die Wahrscheinlichkeit ermittelt wird, mit der die genannten Erkrankungen bei Ihrem ungeborenen Kind vorliegen. Es handelt sich nicht um eine Untersuchung des Erbgutes Ihres Kindes.

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärztin/folgender Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält:

ja  nein Frau/Herr \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse für die Beratung meiner Angehörigen genutzt werden:

ja  nein  außer: Frau/Herr \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung und Entwicklung verwendet wird.

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt werden können.

ja  nein

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung. Ich wurde über den Zweck der Untersuchung sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der Untersuchung umfassend aufgeklärt und habe diese verstanden. Mir wurde eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligungserklärung gemäß GenDG jederzeit widerrufen kann. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an die Patientin nicht zulässig ist.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt, Stempel

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **volljährige** Patientin

\_\_\_\_\_  
**bei Minderjährigen** gesetzliche/r Vertreter/in