

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



Siemensstraße 40 · 32105 Bad Salzufflen
Telefon 05222 80760 · www.laborkrone.de

Begleitschein für das Ersttrimester-Screening



0051002701

2–3 ml abzentrifugiertes **Serum** einschicken. Aufgrund der Instabilität der freien β -Kette des HCGs sollte das Serum möglichst maximal 30–40 Minuten nach Blutentnahme, jedoch nach vollständiger Gerinnung, vom Blutkuchen getrennt werden. Falls eine **EDTA-Monovette** z. B. für ein Blutbild erforderlich ist, sollte diese als letzte abgenommen werden, um eine Kontamination der Vollblutprobe (**Serum**) mit EDTA zu vermeiden. Bis zum Versand Serum im Kühlschrank aufbewahren. Die Probe sollte innerhalb von 48 Stunden im Labor eintreffen. Eine Auswertung ist nur zwischen der 11+1 und 13+6 SSW und bei einer Scheitel-Steiß-Länge (SSL) zwischen 45 bis 84 mm möglich.

Tag der Blutentnahme _____

Frühere Schwangerschaften mit:

Tag der US-Untersuchung _____

Trisomie 21 Trisomie 18 Trisomie 13

Einlings-SS Mehrlings-SS

Gewicht der Schwangeren in kg _____

Scheitel-Steiß-Länge in mm _____

Raucherin:

Nackentransparenz (NT) in mm _____

nein ja _____ Zigaretten pro Tag

Erster Tag der letzten Regel _____

Ethnische Zugehörigkeit:

SSW sonographisch _____

Kaukasierin/Europäerin Asiatin Negroide

Strukturelle Beurteilung des Feten (Ultraschall):

Risikoberechnung und Beurteilung gewünscht:

normal auffällig

ja, FMF-Zertifizierungsnr. _____

Besonderheiten (z. B. Zwillinge, Ultraschall-Auffälligkeiten, Diabetes):

ja, nach www.firsttrimester.net

nein

Eilige Befundübermittlung

Fax Telefon

IGeL-Rechnung an Patientin

Rechnung an Praxis

Privat-Rechnung an Patientin

Abrechnung durch LABCON-OWL GmbH

Einsender

IGeL-/Privat-Vereinbarung

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzl. Krankenversicherung.

Als Mitglied einer gesetzl. Krankenkasse möchte ich o. a. privatärztliche Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzl. Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend o. g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 2001) selbst tragen. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder teilweise anteilig zu übernehmen.

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Datum

Unterschrift Patientin