

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



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



Begleitschein für das Ersttrimesterscreening

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

für Einwilligungserklärung bitte wenden →

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG (Gendiagnostikgesetz)

Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

Ich habe eine allgemeine mündliche und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift stimme ich folgender genetischen Analyse zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose und den dazu erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen zu. Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.

Ersttrimesterscreening

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse/n auch an weitere Ärzte / Personen geschickt werden:

Frau / Herrn _____

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden:

ja nein außer: Frau / Herrn _____

Ich bitte auch um die Mitteilung von relevanten Zufallsbefunden:

ja nein nur wenn sich praktische Konsequenzen ableiten lassen

Die Ergebnisse der durchgeführten genetischen Untersuchung werden 10 Jahre gemäß Standardregelung laut GenDG aufbewahrt und dann vernichtet. Falls gewünscht, ist eine hiervon abweichende Regelung möglich.

Gemäß GenDG muss die Untersuchungsprobe nach Abschluss der Analytik vernichtet werden. Bitte entscheiden Sie, ob Ihr Untersuchungsmaterial anonymisiert für die Entwicklung neuer Methoden verwendet werden darf.

Ich bin mit einer Verwendung für Qualitätssicherung und Entwicklung einverstanden:

ja nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Unterschrift Ärztin/Arzt, Stempel

Ort

Datum

Unterschrift **volljährige/r** Patient/in

bei Minderjährigen gesetzliche/r Vertreter/in