

Anforderungsschein

Ersttrimester-Screening (FTS) und Triple-Test

Patient (ggf. Patientenetikett)	
Name:	_____
Vorname:	_____
Straße:	_____
PLZ Ort:	_____
Geb. Datum:	_____

Einsender (ggf. Stempel)	

BNSR:	-----
LANR:	-----

Angeforderte Analytik

- Ersttrimester-Screening** (möglichst innerhalb SSW 11+6 bis 13+6)
(Parameter: PAPP-A°, freies β -HCG°)
- FTS und/oder Triple-Test ohne Risikoberechnung im Labor
- Triple-Test** (Berechnung nur von SSW 14+0 bis 20+6 möglich)
(Parameter: AFP°, β -HCG, fr. Östriol°)
- Fremdlaborleistung | Benötigtes Material: 2x7,5 ml Serum**

Untersuchungsauftrag individueller Gesundheitsleitungen

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört, und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von mir selbst zu zahlen ist. Ich erteile mein Einverständnis zur Übermittlung aller für die Abrechnung erforderlicher Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an die DAMA Verrechnungsstelle, Inhaberin Daniela Mateja, Oppelner Straße 1, 50259 Pulheim

Ort, Datum | Unterschrift Patientin bzw. Name und Unterschrift gesetzl. Vertreter/in

Erforderliche Angaben zur Schwangeren:

- | | | |
|--|-----------|--|
| Datum der Probennahme | SSW | |
| Körpergewicht | kg | Neuralrohrdefekt frühere Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Ethnische Abstammung <input type="checkbox"/> Europa, mittl. Osten, Nord- & Südamerika | | Nikotin-Abusus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Afrika, Karibik, Afroamerikaner | | Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Indien, Pakistan, Bangladesch | | |
| <input type="checkbox"/> China, Korea, Vietnam, Japan | | |

Angaben Fötus:

- Zahl der Feten:
- Nackenfaltendicke NT mm
- Scheitel-Steiß-Länge (SSL)..... mm

Einverständniserklärung Patientin

(Ein ausführliches Formular zur Aufklärung inkl. Einwilligungserklärung gem. GenDG findet sich unter www.zotzklimas.de)

Ich wurde durch u.g. Ärztin/Arzt gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten.
Ich willige in die genannte genetische Diagnostik ein.

Ort, Datum | Unterschrift Patientin bzw. Name und Unterschrift gesetzl. Vertreter/in

Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter) wurde gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten.
Die schriftliche Einwilligung für die o.g. genetische Untersuchung liegt mir vor.

Ort, Datum Name/Stempel und Unterschrift verantwortl. Ärztin/Arzt