

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

**Einsender**

Bericht erbeten an

Probenentnahme

**Begleitschein zur pränatalen Chromosomenanalyse**

**Indikation**

Alter

Familiäre Belastung, wenn ja, welche

Psychische Indikation

1. Trimesterscreening

Sonogr. Auffälligkeiten

Sonstiges

SSW rechnerisch  +

SSW sonographisch  +

**Kostenträger**

privat  stationär  amb. Kassenpatient

männlich  weiblich

Geschlechtsmitteilung  ja  nein

Befundmitteilung an Patientin  ja  nein

**Untersuchungsmaterial**

Amniozentese

Fruchtwasser  klar  trüb  blutig

Menge  ml

Bestimmung  AFP  AChE

Chorionzottenbiopsie  mg

Nabelschnurp. m. Heparin  ml

Plazentapunktion  mg

Molekulargenetische Untersuchung, wenn ja, welche

Schnelltest  nein

IGel-Leistungen  Trisomie 13, 18, 21, X, Y (130,- Euro)

Trisomie21 (75,- Euro)

Detaillierte Hinweise zur Entnahme, Lagerung, Transport etc. finden Sie unter [www.dr-lemmens.de](http://www.dr-lemmens.de)

Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin/ des (gesetzlichen) Vertreters liegt vor

**Ort / Datum / Unterschrift**