

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



Untersuchungsauftrag Ersttrimester-Serumscreening

Bestimmung von **fβ-hCG** und **PAPP-A**

*optional auch **PIGF** für Präeklampsie-Screening bei Zertifizierung durch FMF London

- Leistungen:**
- Bestimmung der **Serum-Werte von fβ-hCG und PAPP-A** [Übermittlung per FAX] (34,00 € - IGeL)
 - * Bestimmung der **Serum-Werte von fβ-hCG, PAPP-A und PIGF** [Übermittlung per FAX] (78,69 € - IGeL)
 - individuelle Risikokalkulation (Trisomie 21, Trisomien 13/18)** und Interpretation (46,00 € - IGeL)
 - Risikokalkulation (T 21, T 13, T 18)** mittels www.firsttrimester.net (52,00 € - IGeL)
 - * **individuelle Risikokalkulation (T 21, T 13/18, frühe Präeklampsie)** und Interpretation (89,72 € - IGeL)
 - * **individuelle Risikokalkulation (frühe Präeklampsie)** und Interpretation (75,15 € - IGeL)
- (alle Leistungen zzgl. 2,50 EUR bei Verwendung von Kühlpackchen)

- Kostenträger:**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kassenpatient (IGeL) | <input type="checkbox"/> Praxis wegen: |
| <input type="checkbox"/> Privatpatient | <input type="checkbox"/> „Hallo-Baby-Plus-Programm“ |
| <input type="checkbox"/> Tricare-Unterlagen | <input type="checkbox"/> „Tricare-Overseas-Programm“ |

→ nachfolgende Angaben benötigen wir für die Berechnungen !!! (▼ : nur möglich, wenn für Zusatzmarker lizenziert)

<input type="checkbox"/> zertifiziert durch die FMF Deutschland (Lizenz-Nr.:) <input type="checkbox"/> zertifiziert durch die FMF London (Lizenz-Nr.:) <input type="checkbox"/> nicht zertifiziert (www.firsttrimester.net)	
Datum der Blutentnahme:	Datum der US-Untersuchung:
Gewicht bei Blutentnahme: Größe:	SSL (45 – 84 mm):
Anamnese:	
SS : <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Ovulationsauslöser <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Eizellspende (Alter bei Eizell-Entnahme: Jahre)	Nackentransparenz (mm):
Anzahl der SS: Geminigrav.: <input type="checkbox"/> DC/DA <input type="checkbox"/> 1. SS <input type="checkbox"/> MC/DA <input type="checkbox"/> 2. u. mehr SS <input type="checkbox"/> MC/MA	▼ Nasenbein (mm):
vorangegangene SS mit einer Trisomie: <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 18	▼ Trikuspidalklappen-Doppler: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Trikuspidal-regurgitation <input type="checkbox"/> nicht eindeutig beurteilbar
Rauchen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Zigaretten/Tag Diabetes: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II	▼ Ductus venosus (A-Welle): <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> fehlend <input type="checkbox"/> negativ DV PIV:
Ethnische Herkunft / Hautfarbe <input type="checkbox"/> weiß / kaukasisch <input type="checkbox"/> schwarz / afroamerikanisch <input type="checkbox"/> südasiatisch <input type="checkbox"/> ostasiatisch <input type="checkbox"/> gemischt	* Zusätzliche Angaben für Präeklampsiescreening: vorangegangene SS mit PE <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vorangegangene SS mit SGA <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hypertonus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Systemischer Lupus erythem. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Antiphospholipid-Syndrom <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Familienanamnese bzgl. PE (Mutter) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Praxis-Stempel:	Blutdruck: rechter Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg Messung 2 _____ / _____ mmHg linker Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg Messung 2 _____ / _____ mmHg
	▼ A. uterina Doppler: PI links _____ PI rechts: _____

Einverständniserklärung

- ▶ In Kenntnis meines Anspruchs auf notwendige und wirtschaftliche Behandlungsweise zu kassenärztlichen Bedingungen wünsche ich oben genannte Privat- bzw. Wahlleistungen.
- ▶ Mir ist bekannt, dass medizinisch nicht dringend erforderliche Leistungen von der Krankenkasse nicht erstattet werden.
- ▶ Als Privatpatient bin ich mit Privatliquidation nach GOÄ einverstanden.

Datum / Unterschrift der Patientin: