

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

E:	GbE	S	B	interner Barcode
PC:				

Untersuchungsauftrag Ersttrimester-Serumscreening

Bestimmung von fß-hCG und PAPP-A

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

- Leistungen:**
- Bestimmung der Serum-Werte von fß-hCG und PAPP-A [Übermittlung per FAX] (34,00 € - IGeL)
 - * Bestimmung der Serum-Werte von fß-hCG, PAPP-A und PIGF [Übermittlung per FAX] (78,69 € - IGeL)
 - * Bestimmung der Serum-Werte von PAPP-A und PIGF (nur Präeklampsie) [Übermittlung per FAX] (64,12 € - IGeL)
 - individuelle Risikokalkulation (Trisomie 21, Trisomien 13/18) und Interpretation (46,50 € - IGeL)
 - * individuelle Risikokalkulation (T 21, T 13/18, frühe Präeklampsie) und Interpretation (90,22 € - IGeL)
 - * individuelle Risikokalkulation (frühe Präeklampsie) und Interpretation (75,65 € - IGeL)
- (alle Leistungen zzgl. 2,50 EUR bei Verwendung von Kühlpäckchen)

- Kostenträger:**
- Kassenpatient (IGeL)
 - Privatpatient
 - Tricare-Unterlagen
 - Praxis wegen:
 - „Hallo-Baby-Plus-Programm“
 - „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	Nackentransparenz (mm):
<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Eizellspende	▼ Nasenbein (mm):
Datum der Eizell-Punktion:	▼ Trikuspidalklappen-Doppler:
Alter der Spenderin bei Punktion:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Trikuspidal- regurgitation <input type="checkbox"/> nicht eindeutig beurteilbar
Parität: Geminigrav.: <input type="checkbox"/> DC/DA	▼ Ductus venosus (A-Welle):
<input type="checkbox"/> = 0 <input type="checkbox"/> MC/DA	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> fehlend <input type="checkbox"/> negativ DV PIV:
<input type="checkbox"/> > 0 <input type="checkbox"/> MC/MA	
Zusätzliche Angabe bei Parität > 0:	
Geburtsstermin (TTMMJJJJ) der letzten SS (> 23. Woche):	Praxis Stempel:
SSW (W+T) zum Zeitpunkt der Geburt:	
Ethnische Herkunft / Hautfarbe	
<input type="checkbox"/> weiß / kaukasisch <input type="checkbox"/> gemischt:	<input type="checkbox"/> weiß-schwarz
<input type="checkbox"/> schwarz / afroamerikanisch	<input type="checkbox"/> weiß-ostasiatisch
<input type="checkbox"/> südasiatisch	<input type="checkbox"/> schwarz-südasiatisch
<input type="checkbox"/> ostasiatisch	<input type="checkbox"/> schwarz-ostasiatisch
	<input type="checkbox"/> südasiatisch-ostasiatisch
vorangegangene SS mit einer Trisomie:	
<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 18	
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	

zusätzliche Angaben für das Präeklampsie-Screening: siehe Seite 2

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:

*** 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

Blutdruck:

rechter Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg

Messung 2 _____ / _____ mmHg

linker Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg

Messung 2 _____ / _____ mmHg

▼ A. uterina Doppler: PI links: _____ PI rechts: _____