

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Rechnung <input type="checkbox"/> Überweisungsschein <small>Bitte Muster 10 zusenden</small> <input type="checkbox"/> privat an Patient <input type="checkbox"/> selbstzahlender Kassenpatient <small>Rechnung an Patient</small>		

Anforderungsbeleg und Laborarbeitsblatt

Zweitrimesterscreening auf Trisomie 21 (ab 14. SSW)

Screening auf Neuralrohrdefekt-Risiko (nur AFP-Bestimmung)

Materialentnahme:

Probenentnahme: Tag: _____ Uhrzeit: _____

Serumgewinnung: Tag: _____ Uhrzeit: _____

Material: Vollblut Serum

Serum eingefrostet: JA NEIN

Klinische Daten:

Tag der sonogr. Untersuchung: _____

SSW bei Probenentnahme: Wochen + Tage

rechnerisch: _____ + _____

sonografisch: _____ + _____

Gewicht: _____ kg

Mehrlingsschwangersch.: ja / nein

Einsender (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

Ab hier nur vom Labor auszufüllen!

Ergebnisse:

Geburtstermin bezogen auf o. g. SSW: _____

maternales Alter zum Geburtstermin: _____

AFP i. S. _____ U/ml = _____ MoM

freies β -hCG i. S. _____ U/l = _____ MoM

Altersrisiko für Trisomie 21: _____

berechnetes Risiko für Trisomie 21 aus Alter/ AFP/ f. β -hCG (gewichtskorrigiert): _____

Interpretation:

Trisomie 21 Risiko bezogen auf Entscheidungsgrenze von 1:380: _____

Suchtest für offenen Neuralrohrdefekt bezogen auf Entscheidungsgrenze von 2 MoM: _____

Wissenschaftlicher Bearbeiter

Name, Vorname des Patienten	geb. am
Adresse:	

Information und Einwilligungserklärung zum Zweitrimesterscreening zur Risikopräzisierung für Chromosomenanomalien und Neuralrohrdefekte (sogen. „Double-Test“) im 2. Schwangerschaftsdrittel ab 14. Schwangerschaftswoche

Sehr geehrte Patientin,

mit Hilfe einer Laboruntersuchung aus Ihrem Blut ist es möglich, ein für Sie individuelles Risiko für die Geburt eines Kindes mit einer Chromosomenanomalie oder einer Verschlussstörung des Neuralrohrs zu ermitteln. Dieser Test präzisiert das Risiko für beide Krankheitsbilder. Ein auffälliges Testergebnis besagt aber nicht, dass das Kind eine dieser Störungen mit Sicherheit haben wird. Es handelt sich um einen Siebttest, der ggf. zu weiteren Untersuchungen Anlass sein kann. Andererseits schließt ein unauffälliges Testergebnis nicht mit absoluter Sicherheit beide Störungen aus. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Sie gern ausführlich über diese Untersuchung informieren.

Das Screening stellt keine vertragsärztliche Leistung dar. Wenn Sie eine solche Untersuchung wünschen, müssen Sie folgende Kosten selbst tragen:

- GOÄ € 33,52** – Zweitrimesterscreening auf Trisomie 21
- GOÄ € 16,76** – Screening auf Neuralrohrdefekt-Risiko (nur AFP-Bestimmung)

Einwilligung zur vorgeburtlichen Risikoabschätzung

Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten vorgeburtlichen Risikoabschätzung zu sprechen. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und die Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoabschätzung wünsche. Die oben genannten Kosten der jeweiligen Untersuchung werde ich selbst tragen.

Erklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für mögliche weitere diagnostische Untersuchungen archiviert werden. Die Untersuchungsergebnisse können über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ein Anspruch auf die Lagerung kann nicht erhoben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben zur Verwendung für Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form aufbewahrt werden können.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im o. g. Labor nicht möglich sein sollte.

— wenn nicht zutreffend bitte streichen —

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

Ort, Datum

verantwortliche ärztliche Person (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten