



Begleitschein für eingesandte Proben

Einsender (Stempel):

betreuender Frauenarzt

Name:

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Patientendaten

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Krankenkasse:

Screening im ersten Trimenon

Alter der Patientin:

Geburtsdatum:

Gewicht der Patientin:

**Nackentransparenz
PAPP-A und freies β -hCG**

Ethnische Herkunft:

Raucher: ja / nein

Parität:

Konzeption: spontan / IVF / ICSI

Frühere Schwangerschaft mit Trisomie: 21 / 18 / 13 / /

Datum der Ultraschalluntersuchung:

Sonographisch überprüfetes Schwangerschaftsalter:

Scheitel-Steiß-Länge (SSL):

NT (nuchal translucency in mm):

Nasenbein (in mm): ja / nein

Zwillinge: ja / nein

Datum der Blutentnahme:

Bitte senden Sie mindestens 1 ml gekühltes Serum ein.

Falls Sie die Untersuchung bei Zwillingen wünschen, verwenden Sie bitte zwei Begleitscheine.

Ich bin durch die FMF-London / FMF-Deutschland zertifiziert.

Unterschrift (Untersucher Sonographie):

Die Kosten der Untersuchung werden von mir übernommen (keine Kassenleistung).

Unterschrift der Patientin:

Bitte Einwilligung auf der Rückseite beachten.

**Pränatal-Medizin München
Frauenärzte und Humangenetiker (MVZ)**
Dr. med. Karl-Philipp Gloning
Dr. med. Sabine Minderer
Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Schramm
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas
Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier

Lachnerstraße 20, 80639 München
Telefon +49 89 130744-0
Telefax +49 89 130744-99
info@praenatal-medizin.de
www.praenatal-medizin.de



Zertifikat ISO 9001:2008

Zytogenetisches Labor:
Telefon +49 89 130744-55
Labor für molekulare Genetik:
Telefon +49 89 130744-22



Klinik:
Telefon +49 89 15706-519



Patientin

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Screening im ersten Trimenon mit individueller Risikoberechnung für das Vorliegen einer Trisomie 21, 13 und 18.

Einwilligung der Patientin

Im Sinne des Gendiagnostik-Gesetzes (§ 3) ist vorgeburtliche Risikoabklärung eine Untersuchung des Embryos oder Fötus, mit der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen bestimmter genetischer Eigenschaften mit Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung des Embryos oder Fötus ermittelt werden soll.

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der vorgeburtlichen Risikoabklärung wurde ich ausführlich aufgeklärt.

Ich willige in diese Untersuchung ein und wünsche die differenzierte sonographische Diagnostik in der 12.–14. Woche, die Messung der Nackentransparenz (nuchal scan), die Untersuchung der Serumwerte PAPP-A und freies β -hCG und die Berechnung der Wahrscheinlichkeiten für das Vorliegen einer Trisomie 21, 13 und 18.

Datum:

Unterschrift

Unterschrift

der Ärztin/des Arztes
(die/der das Aufklärungsgespräch geführt hat)

Patientin