Pränatale Risikobestimmung für Chromosomen-Anomalien

Personalien der untersuchten Person (Name, Vorname, Geb.Dat.):

LABOR 28 BERLIN

Medizinisches Versorgungszentrum
Labor 28 GmbH

Mecklenburgische Str. 28
14197 Berlin

Telefon 030 82093-0
Fax 030 82093-503
info@labor28.de
www.labor28.de

Arzt-Patienten-Etikett

BEGLEITSCHEIN: Ersttrimester-Screening (FMF – Algorithmus Version 3.0 - 2012)

(bitte IGeL- oder Privat-Anforderungsschein beilegen)

Blutentnahme zwischen **SSW 10+0 und 12+6 (max. 13+6)**

Bestimmung von PAPP-A und freiem ß-hCG

Datum der Blutentnahme: _____

Anamnestische Angaben nur erforderlich, wenn Risikoeinschätzung erwünscht und die gültige Lizenz der FMF-England im Labor 28 vorliegt.

Gewicht der Schwangeren: _____kg

O Einlings-SS O Mehrlings-SS, Chorionizität:
- O dichorial
- O monochorial, diamniotisch
- O monochorial, monoamniotisch

Konzeption spontan O ja O nein

wenn nein:

O Ovulationsauslöser ohne IVF

	Typ:
O homologe Insemination	O normal
O heterologe Insemination	O eingefrorene Eizellen
O IVF	O Eizellspende
O ICSI	O Spenderembryo
O GIFT	

Datum der Follikelpunktion: _____

Raucherin O nein O ja

Diabetes O nein ja: O Typ1 O Typ2

Ethnische Herkunft:

- O weiß (Europa, Mittlerer Osten, Nordafrika, Lateinamerika)
- O schwarz (Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)
- O südasiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)
- O ostasiatisch (China, Korea, Japan)

Vorausgegangene Schwangerschaften:

____ Gravida _____ Para

Vorheriges Kind mit Trisomie

O nein ja: O T21, O T18 oder O T13

Angaben zum/r NT-messenden Arzt/Ärztin:

Name: _____

O FMF-zertifiziert

FMF-Reg.-Nr. _____

O im Zertifizierungsprozess

O nicht zertifiziert

Datum der NT-Messung:

_____

NT in mm: _____

Datum der SSL-Messung:

_____

SSL in mm: _____

Aufklärung der Patientin nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) ist erfolgt. Einwilligung der Patientin liegt vor.

.....
Datum/Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes