



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

Eingangsdatum: _____

Eingangszeit: _____ Uhr

Arzt-Patienten-Etikett

Datum der Blutentnahme: _____ Zeit: _____ Uhr

BEGLEITSCHIN: Integriertes Screening, Teil 1

Pränatale Risikobestimmung für Chromosomen-Anomalien und Neuralrohrdefekte aus dem mütterlichen Serum

(bitte IGeL- oder Privat-Anforderungsschein beilegen)

Bestimmung von PAPP-A im 1. Trimenon

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

alle MoM-Werte der Serum-Marker basieren auf einer gut dargestellten Scheitel-Steißlänge

Scheitel-Steißlänge (CRL):mm nach Ultraschall vom: /..... /20...
(möglicher Bereich 5-67 mm)

Gewicht: _____ kg

- Einlingsschwangerschaft
- Mehrlingsschwangerschaft
- IVF/ICSI

Raucherin: nein
 ja

Ethnische Herkunft:

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

Frühere Geburt eines Kindes:

mit Trisomie 21 nein
 ja

mit Neuralrohrdefekt nein
 ja

Diabetes: nein
 ja

Besonderheiten in der Anamnese, (z. B. Medikation, Abortbestrebungen)

.....
.....

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

.....
Datum/Unterschrift des verantwortlichen Arztes