



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

Arzt-Patienten-Etikett

Datum der Blutentnahme: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Uhr

## BEGLEITSCHIN: Integriertes Screening, Teil 2

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

(bitte IGeL- oder Privat-Anforderungsschein beilegen)

## Bestimmung von Inhibin A, AFP, hCG und freiem Östriol

Blutentnahme zwischen **SSW 14+0 bis 17+6**

- Patienten-ID-Nummer der vorangegangenen PAPP-A-Untersuchung:

91.....

- Ggf. vorangegangene Messung der Nackentransparenz:

Datum: .....  
NT (mm): .....  
Untersucher:  
.....

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

.....  
Datum/Unterschrift des verantwortlichen Arztes