



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

Arzt-Patienten-Etikett

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

### BEGLEITSCHIN: Quadruple-Test

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 und 17+6

Ersteinsendung

#### SSW aufgrund Ihrer Ultraschalluntersuchung:

Bitte hier die abgeschlossenen (!) SSW sowie zusätzliche Tage (0-6) zum Zeitpunkt der Blutentnahme angeben. Die Bestimmung der abgeschlossenen SSW für die Risikoberechnung sollte unbedingt mit Ultraschall erfolgen! Patientenangaben zur letzten Regel sind zu ungenau.

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
abgeschl. Woche + zusätzliche Tage

#### Angaben zur Biometrie:

Biparietal-Durchmesser (BPD): .....mm nach Ultraschall vom: ..... / ..... (Datum!)

Zur optimierten Befundung bitte die Biometrie des frühesten Ultraschalls - CRL 1. Trimenon - mit angeben:

Scheitel-Steiß-Länge (CRL): .....mm nach Ultraschall vom: ..... / ..... (Datum!)

Einlingsschwangerschaft       Mehrlingsschwangerschaft       IVF/ICSI

Gewicht .....kg

Raucherin     nein       ja, .....Zig./Tag

Ethnische Zugehörigkeit:     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, 18 oder 13:     ja       nein

Diabetes     ja       nein

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