

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

BEGLEITSCHHEIN: **Ersttrimester-Screening** **(FMF – Algorithmus Version 4.0 - 2018)**

(bitte IGeL- oder Privat-Anforderungsschein beilegen)

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

Bestimmung von **PAPP-A** und freiem **β -hCG**

Datum der Blutentnahme: _____

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

<p>Gewicht der Schwangeren: _____ kg Mütterliche Körpergröße: _____ cm 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 O homologe Insemination Typ: O heterologe Insemination O normal O IVF O eingefrorene Eizellen O ICS O Eizellspende O GIF O Spenderembryo Datum der Follikelpunktion: _____ Raucherin O nein O ja Diabetes O nein ja: O Typ1 O Typ2 Chron. Hypertonie O nein O ja SLE O nein O ja Antiphospholipidsyndrom O nein O ja 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 Familiäre Präeklampsie: O keine O Mutter O Schwester O Mutter+Schwester Präeklampsie in vorausgegangener Schwangerschaft O nein O ja Vorheriges Kind mit Trisomie O nein ja: O T21, O T18 oder O T13</p>	<p>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: _____</p>
---	---

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

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