



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