

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

## Pränatale Risikobestimmung für Chromosomen-Anomalien BEGLEITSCHIN: **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.**

Arzt-Patienten-Etikett

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

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: \_\_\_\_\_

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

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