

- bitte beidseitig ausfüllen-



Medizinische Genetik Dr. Wolfgang Schmitt
Pränataldiagnostik Dr. Reinhard Mai
Dr. Lore Mulfinger
FRAUENÄRZTE

Rechnungsart:	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> IGeL
Name		
		Geb.-Datum
Vorname		
Straße		
PLZ/ORT	Bitte Druckschrift	

Praxisstempel / Unterschrift Arzt
Ggf. US-Untersucher: (z.B. bei Gemeinschaftspraxen)

Ersttrimester - Screening für FMF - zertifizierte Ärzte

Risikoberechnung nach Ultraschallmessung (US) der fetalen Nackentransparenz (NT) und ggf. des Nasenbeins (NB) in Kombination mit der biochemischen Analyse aus maternalem Serum (PAPP - A, freies β - HCG)

1. Angaben zur Patientin

Mütterliches Gewicht:	kg	Raucherin:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
SSW nach L.R. (11+1 bis 13+6):	vorausgegangene SS mit Trisomie: <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 21			
Parität:	Ethnizität: (wenn nicht europäisch)			
Ovulationsauslöser:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> IVF-Schwangerschaft	<input type="radio"/> ICSI-Schwangerschaft
Fremd-Eizellspende:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Alter der Spenderin:	Datum der Spende:
Gemini:	<input type="radio"/> monochorial	<input type="radio"/> dichorial	Anmerkungen:	

2. Angaben zur Ultraschalluntersuchung

Datum der US-Untersuchung			
Nackentransparenz (in mm)	mm		
SSL (45-84 mm)	mm		
Nasenbein darstellbar ? (wenn dafür zertifiziert)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nicht untersucht
Datum / Uhrzeit der Blutabnahme	/		Uhr

Die NT-Messung und Blutentnahme sollte am selben Tag erfolgen! Blutprobe nach Entnahme mit Serum-Monovette/Vacutainer ca. 10 min bei Raumtemperatur gerinnen lassen, Probe bei 2500 U/min 5 min zentrifugieren, 1-2 ml Serum abfüllen, Serumprobe (keine Vollblutprobe) bei 4°C lagern und versenden. Vor Überwärmung auf mehr als 25°C schützen! Bei Bedarf können Sie telefonisch Kühlakkus für den Postversand bestellen. Die Serumprobe sollte innerhalb von 24 h bis maximal 48 h im Labor eintreffen.

vom Labor auszufüllen:

Probennummer: K- /	Besonderheiten:
Computernummer:	

Postfach 6324 Juliuspromenade 7 Telefon: 0931 / 32123 – 41 e-mail: kontakt@drs-mai-schmitt-mulfinger.de
97013 Würzburg 97070 Würzburg Telefax: 0931/ 32123 – 77 Internet: www.drs-mai-schmitt-mulfinger.de

Name:



Medizinische Genetik Dr. Wolfgang Schmitt
Pränataldiagnostik Dr. Reinhard Mai
Dr. Lore Mulfinger
FRAUENÄRZTE

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoberechnung Ersttrimester-Screening (ETS)

Ziel dieser vorgeburtlichen Risikoberechnung ist die Ermittlung der Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie 21, 13 oder 18 des Feten.

Auf der Grundlage des mütterlichen Alters, der Bestimmung zweier Parameter aus dem mütterlichen Blut (PAPP-A, freies β hCG), der Nackentransparenz (NT) und der Scheitelsteißlänge (SSL) des Feten wird das Risiko für oben genannte Krankheiten errechnet. Nach computerunterstützter Ermittlung eines Risikowertes kann ggf. eine Empfehlung für ein weiteres diagnostisches Vorgehen erfolgen.

Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Untersuchungen, bin ich von meinem Arzt hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.

Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Frist, bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit auch länger, bin ich einverstanden. Sollte ich eine von den gesetzlichen Angaben abweichende Regelung wünschen, kann ich dies jederzeit mitteilen.

Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner/meinem Gynäkologin/Gynäkologen das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen kann, als auch eine genetische oder psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen kann.

Im Bedarfsfall bin ich mit der Weiterleitung meines Untersuchungsmaterials an ein andres Labor einverstanden.

Mir wurde eine ausreichende Bedenkzeit über die Entscheidung der Einwilligung eingeräumt.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder in Teilen widerrufen. Ich kann jederzeit entscheiden, dass Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt werden und vernichtet werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Bedeutung und Grenzen der Risikokalkulation aufgeklärt wurde. Außerdem gebe ich meine Einwilligung für die Ultraschalluntersuchung, die Blutentnahme und die genetische Analyse.

Ich bin damit einverstanden, dass unten genannte(r) Ärztin /Arzt eine Befundmitteilung erhält:

Ort / Datum

Unterschrift Patientin oder gesetzlicher Vertreter

Postfach 6324 97013 Würzburg	Juliuspromenade 7 97070 Würzburg	Telefon: 0931 / 32123 – 41 Telefax: 0931/ 32123 – 77	e-mail: kontakt@drs-mai-schmitt-mulfinger.de Internet: www.drs-mai-schmitt-mulfinger.de
---------------------------------	-------------------------------------	---	--