

- bitte beidseitig ausfüllen-



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

Rechnungsart: <input type="radio"/> IGel <input type="radio"/> Privat
Name, Vorname Patientin
Geburtsdatum
Straße -Bitte aktuelle Adresse eintragen!-
PLZ, Ort
Tel.nr.
email-Adresse

Praxisstempel, Unterschrift Arzt

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	Diabetes: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Raucherin: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:	Ethnizität (wenn nicht europäisch):
vorher. SS mit Trisomie: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 21	
Ovulationsauslöser: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI Datum der Eizellentnahme:
Fremd-Eizellspende: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Alter der Spenderin: Datum der Spende:	
SSW nach L.R. (11+1 bis 13+6):	Parität:
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"/> nein <input type="radio"/> ja <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, bei 2500 U/min 10 min zentrifugieren, 2 ml Serum in unsere Transportröhrchen abfüllen, bei 4°C lagern, Serumprobe baldmöglichst in unseren Versandtütten 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 kontakt@drs-mai-schmitt-mulfinger.de 97013 Würzburg 97070 Würzburg Telefax: 0931/ 32123 – 77 www.drs-mai-schmitt-mulfinger.de

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoberechnung (Ersttrimester-Test)



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

Name, Vorname Patientin
Geburtsdatum

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patientin.

Ich wünsche, dass folgende Untersuchung durchgeführt wird:

Ersttrimester-Test zur vorgeburtlichen Risikoberechnung der Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie 13, 18 oder 21 des Kindes.

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 Trisomien errechnet. Nach computergestützter Ermittlung eines Risikowertes kann ggf. eine Empfehlung für ein weiteres diagnostisches Verfahren erfolgen.

Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Untersuchung, einschließlich der mit der Blutentnahme verbundenen Risiken, bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet. Mir wurden die möglichen Konsequenzen, die sich für mich und mein Kind aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben können, erläutert. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die Untersuchung eingeräumt. Über die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung wurde ich informiert. Ich bin im Bedarfsfall mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Untersuchungslabor einverstanden.

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden.

Ich wünsche die Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus.

Das Gendiagnostikgesetz und die Datenschutzgrundverordnung verlangen, dass die Befunde und Ergebnisse der Untersuchung **nach zehn Jahren** vernichtet werden. Mit Ihrer Einwilligung dürfen diese jedoch länger aufbewahrt werden.

Ich wünsche die Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus.

Alle Angaben und Ergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an folgende mitbehandelnde Ärzte:

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu der o. g. Analyse und zu der dafür erforderlichen Ultraschalluntersuchung und Blutentnahme. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.

Datum

Unterschrift Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter

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