

- 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	
Geburtsdatum		
Straße -Bitte aktuelle Adresse eintragen!-		
PLZ/Ort		
Tel.nr.		
email-Adresse		

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	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, 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:	_____
Geburtsdatum:	_____



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

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoberechnung (Ersttrimester-Screening) gemäß Gendiagnostik-Gesetz

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

Das Probenmaterial wird nach der Untersuchung verworfen, die Befunde nach 10 Jahren vernichtet, sofern Sie kein davon abweichendes Vorgehen wünschen.

Über die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung wurde ich aufgeklärt.

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

Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Untersuchungen bin ich von meinem Arzt hinreichend aufgeklärt worden. Mir wurde eine ausreichende Bedenkzeit über die Entscheidung zur Einwilligung eingeräumt.

Die Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen. Ich kann jederzeit entscheiden, dass Untersuchungsmaterial vernichtet wird oder Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt werden.

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

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

Ort / Datum

Unterschrift Patientin oder gesetzlicher Vertreter