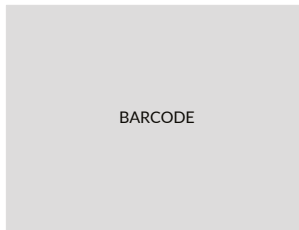


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Telefon: _____



MEDICOVER
DIAGNOSTICS

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

**ERSTTRIMESTER- (FMF-D) /
PRÄEKLAMPSIE-SCREENING UND
DIAGNOSTIK**

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter www.medicover-diagnostics.de

VERANTWORTLICHE ÄRZTLICHE PERSON*

FMF-Zertifikat vorhanden
(Für die Berechnung der Risiken ist eine gültige FMF-Lizenz Voraussetzung.)

Stempel - Telefon- und Faxnummer - Unterschrift

INFORMATION ZU IGeL UND REGELLEISTUNGEN

Das **Screening** biochemischer Risikomarker für Trisomie 21, 18 und 13 des Ungeborenen bzw. für Präeklampsie der Schwangeren ist **keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen**. Die Kostenübernahme durch private Krankenversicherer richtet sich nach dem jeweils individuell vereinbarten Tarif.

Die **Präeklampsie-Diagnostik** ermöglicht ab der 24. SSW die Bestimmung des **sFlt-1/PIGF-Quotienten** als **Regelleistung** sowohl der gesetzlichen (Ü-Schein Muster 10) wie auch der privaten Krankenkassen. Hierfür muss zusätzlich mindestens eines der folgenden Kriterien zutreffen: neu auftretender oder bestehender Hypertonus, Präeklampsie-assoziiertes organisches oder labor-diagnostischer Untersuchungsbefund, der keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann, fetale Wachstumsstörung oder pathologischer Doppler-Sonografie der A. uterina.

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Unser Experten-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de oder unter +49 89 895578-0

Trisomie- / Präeklampsie-Screening (SSW 11+0 bis 13+6) ♦ *

- PAPP-A, freies b-HCG (Trisomiescreening)
- PAPP-A, PIGF (Präeklampsiescreening)
- PAPP-A, freies b-HCG, PIGF (Trisomie- / Präeklampsiescreening)
- mit Risikoberechnung Trisomie und/oder Präeklampsie

Präeklampsie-Diagnostik (ab SSW 20) ♦ *

- sFlt-1/PIGF-Quotient

IGeL

(individuellen Gesundheitsleistungen)

28,24 €

42,96 €

57,53 €

17,49 €

PKV

(privat versichert)

32,46 €

49,37 €

66,13 €

17,49 €

67,33 €

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Entnahmedatum: _____

Eine Berechnung des biochemischen Risikos ist nur möglich, wenn die Blutentnahme zwischen SSW 9+0 und 14+0 erfolgt.

Uhrzeit: _____

2 ml Serum, Gefriertransport (Behälter und / oder Abholung auf Anfrage)

KLINISCHE ANGABEN - ERSTTRIMESTER-SCREENING

Schwangerschaftswoche (SSW+T)¹⁾: _____
(nach Ultraschall)

Datum der US-Untersuchung / Punktion: _____

Scheitel-Steiß-Länge (SSL)²⁾: _____ mm

Nackentransparenz (NT)³⁾: _____ mm

Gewicht und Größe der Mutter: _____ kg _____ cm

Anzahl der Feten: _____

Bei Mehrlingen:

- monochorial / monoamniotisch
- monochorial / diamniotisch
- dichorial / diamniotisch

Strukturelle Beurteilung:

- normal
- auffällig

Ductus venosus:

- positiv
- negativ

Trikuspidale Regurgitation:

- vorhanden
- nicht vorhanden

Herzfrequenz:

_____ / min

Megazystis:

- nein ja

(Blasendurchmesser > 6,9 mm)



ERSTTRIMESTER- (FMF-D) / PRÄEKLAMPSIE- SCREENING UND DIAGNOSTIK

ZUSÄTZLICH BENÖTIGTE ANGABEN ZUR SCHWANGEREN

Raucherin: nein ja _____ Zig. / Tag

Ethnische Herkunft: weiß (z.B. Europa, Latein-, Nordamerika, Nahost, Nordafrika) südostasiatisch (z.B. Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)

ostasiatisch (z.B. China, Japan, Korea) gemischt

schwarz (z.B. Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch) andere

südasiatisch (z.B. Bangladesh, Indien, Pakistan) unbekannt

Vorheriges Kind / Fetus mit chromosomaler Aberration: nein

ja, Trisomie 21 18 13

Diabetes mellitus: kein Diabetes

unbekannt

Gestationsdiabetes, diätetisch

Gestationsdiabetes, insulinpflichtig

Diabetes mellitus Typ I, insulinpflichtig

Diabetes mellitus Typ II, diätetisch

Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig

Art: normal ^{a)} kryokonservierte Eizellen ^{b)}

Eizellspende ^{c)} Spenderembryo ^{d)}

a-d) Befruchtungsdatum: _____

a-d) Datum der Follikelpunktion: _____

b) Datum der Kryokonservierung: _____

b) mütterl. Alter zum Zeitpunkt der Kryo: _____ J

c,d) Alter der Spenderin bei Follikelpunktion: _____ J

VERACITY-NIPT (NICHT-INVASIVER PRÄNATALTEST)

Anforderung eines Abnahmesets & Versandbox - Rückfax an 089 895578-780

www.veracity-nipt.de

✦ FMF-zertifizierte Parameter * Angaben zur FMF-Zertifizierung erforderlich

1) Die Angabe der SSW bitte wie folgt eintragen: abgeschlossene Woche + Tag z.B. 11+0 ... 13+6 etc.

2) SL unbedingt mit Datum der Ultraschalluntersuchung angeben. Auswertung nur für SSL von 45 - 84 mm möglich.

3) Screening im 1. Trimenon: Bei Angabe der NT (Nackentransparenz) muss unbedingt die SSL angegeben werden! Auswertung nur für SSL von 45 - 84 mm möglich.

