



Humangenetik

Dr. med. Imma Rost
Dr. med. Konstanze Hörtnagel

Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Kerstin Püllmann
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Transfusionsmedizin

Dr. med. Kaimo Hirv
Dr. med. H.-G. Klein (komm.)

Pathologie

Prof. Dr. med. Barbara Dockhorn-Dworniczak
Prof. Dr. med. László Füzesi

Mikrobiologie / Virologie

Dr. med. Hartmut Campe
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Ersttrimester- (FMF-D) / Präeklampsie-Screening und Diagnostik

Name, Vorname (Pat.): _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____

Information zu individuellen Gesundheitsleistungen (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 **Diagnostik** der Präeklampsie entsprechend der aktuellen S1-Leitlinie „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie“ ermöglicht ab der 24. SSW die Bestimmung des **sFlt-1/PIGF-Quotienten** (insbesondere bei pathologischer Doppler-Sonografie der A. uterina im 2. Trimenon) als **Regelleistung** sowohl der gesetzlichen (Ü-Schein Muster 10) wie auch der privaten Krankenkassen.

Auftrag/Indikation - Diagnose/Verdacht

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

- PAPP-A, freies β-HCG (Trisomiescreening) € 34,97
- PAPP-A, PIGF (Präeklampsiescreening) € 49,55
- PAPP-A, freies β-HCG, PIGF (Trisomie-/Präeklampsiescreening) € 64,12
- mit Risikoberechnung Trisomie und/oder Präeklampsie € 17,49
- Präeklampsie-Diagnostik (ab SSW 18) ♦ ***
- sFlt-1, PIGF –Quotient € 58,30

Verantwortliche Ärztliche Person* (auch im Sinne des GenDG)

- FMF-Zertifikat vorhanden
- Zertifizierungsverfahren läuft

Untersuchungsmaterial (Art, Menge, ggf. Entnahmezeitpunkt)

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

Hinweis: Unbeschriftetes Material muss verworfen werden!

Stempel, Telefon- und Faxnummer, Unterschrift **X**

Weitere Befundempfänger (nur mit schriftlicher Einwilligung der Schwangeren)

X _____ (ggf. Unterschrift)

Klinische Angaben - Ersttrimester-Screening (FMF-Deutschland)

Schwangerschaftswoche (SSW+T) ¹⁾: _____ (nach Ultraschall)
Datum der US-Untersuchung/Punktion: _____
Scheitel-Steiß-Länge (SSL) ²⁾: _____ mm
Nackentransparenz (NT) ³⁾: _____ mm
Datum der Blutentnahme: _____
Aktuelles Gewicht der Mutter: _____ kg
Größe der Mutter: _____ 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 (Blasendurchmesser > 6,9 mm) nein ja

Zusätzlich benötigte Angaben zur Schwangeren

Raucherin nein ja _____ Zig./Tag

Ethnische Herkunft weiß (z.B. Europa, Latein-, Nordamerika, Nahost, Nordafrika)
 ostasiatisch (z.B. China, Japan, Korea)
 schwarz (z.B. Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)
 südasiatisch (z.B. Bangladesch, Indien, Pakistan)
 südostasiatisch (z.B. Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)
 gemischt
 andere
 unbekannt

Diabetes mellitus kein Diabetes
 unbekannt
 Gestationsdiabetes, diätetisch
 Gestationsdiabetes, insulinpflichtig
 Diabetes mellitus Typ I, insulinpflichtig
 Diabetes mellitus Typ II, diätetisch
 Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig

Vorheriges Kind / Fetus mit chromosomaler Aberration
 nein
 ja Trisomie 21 18 13

Ovulationsauslöser ja nein
IVF-Schwangerschaft ja nein
 Eizellspende

Geburtsdatum der Spenderin: _____ Datum der Spende: _____

VERACITY nicht-invasiver Pränataltest (NIPT):

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) SSL unbedingt mit Datum der Ultraschalluntersuchung angeben. Ohne Datumsangabe muss die Schwangerschaft auf das Datum der Blutentnahme hochgerechnet werden.
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.



Molekular-, Neuro-, Stoffwechselfenetik
Pharmakogenetik
Nurgenetik
Abstammungsanalyse
Forensik
Zytogenetik
Pränatal/postnatal
Reproduktionsgenetik
PKD/PID
Molekulare Onkologie
Pathologie
Immunogenetik
Immunodefekte
Immunbiologie
Klinische Chemie
Molekulare Mikrobiologie
Virologie



Genetische Beratung

Dr. med. Imma Rost (Ltg.) Prof. Dr. med. J.-U. Walther Dr. med. D. Wahl Dr. med. L. Peterson (Ä.i.WB)
 Dr. med. K. Hörtnagel Dr. (Univ. Verona) M. Cohen Dr. med. F. Maier (Ä.i.WB)

Immunbiologie

M. Sc. Marlies Sommer
 Dr. phil. nat. Roland Walter

Klinische Angaben - Präeklampsie-Screening

Parität _____ Ultraschaller** Prof./Dr. _____
 Spontane Geburten in SSW 16-30 _____ in SSW 31-36 _____
 Entbindungen nach SSW 37 _____ Größe der Schwangeren _____ cm

Vorausgegangene Zwillingschwangerschaft ja nein
 Konzeptionsmethode Auslösung des Eisprung ohne IVF spontan
 Vorausgegangene Schwangerschaft (Intervall) _____
 Chronische Hypertonie ja nein
Arterieller Blutdruck: systolisch / diastolisch
 Systemischer Lupus erythematodes ja nein
 linker Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg
 Messung 2 _____ / _____ mmHg
 Antiphospholipid-Syndrom ja nein
 rechter Arm Messung 1 _____ / _____ mmHg
 Messung 2 _____ / _____ mmHg
 Mutter der Schwangeren hatte Präeklampsie ja nein
 Frühere Schwangerschaft mit Präeklampsie ja nein

Vorheriges Baby: GA bei Geburt (W+T): _____ Aa. uterinae Pulsatilitätsindex links _____ rechts _____
 Geburtsgewicht: _____ g

** Mindestanforderung UAPI-Zertifikat (kein Lizenzschlüssel erforderlich)

Vereinbarung über die private Behandlung und Abrechnung von IGeL-Leistungen

Ich wünsche die Erbringung der oben markierten Ärztlichen Leistungen auf eigene Kosten und die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Mir ist bekannt, dass für die durchgeführten Leistungen entsprechend § 12 SGB V kein Erstattungsanspruch durch die gesetzlichen Krankenkassen besteht.

 Ort, Datum **X** _____ **X** _____
 Unterschrift der Schwangeren Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) für die Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoabklärung

Sehr geehrte Patientin,
 Sie haben sich nach ausführlicher Aufklärung und Beratung für die Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoabklärung durch **Ersttrimester-Screening** (Bestimmung der Konzentrationen von PAPP-A und freiem β-HCG im mütterlichen Serum in Kombination mit einer Ultraschalluntersuchung des Feten und anschließender Risikoberechnung) zur Untersuchung des Ungeborenen entschieden.
 Sie bestätigen mit Ihrer nachstehenden Unterschrift, dass Sie über Risiken, Dauer, Aussagekraft und mögliche Konsequenzen dieser Untersuchung ausführlich informiert wurden. Sie haben verstanden, dass mit der Untersuchung ein minimales Risiko verbunden ist, z.B. die Bildung eines Blutergusses nach Blutentnahme. Außerdem wurden Sie informiert und haben verstanden, dass ein unauffälliges Ergebnis (unauffällige biochemische Untersuchung und/oder Risikoberechnung) eine Chromosomenstörung, Fehlbildung, Behinderung oder Krankheitsveranlagung Ihres Kindes nicht ausschließt. Sollte die Untersuchung einen auffälligen Befund mit einem hohen Trisomie-Risiko > 1:50 ergeben, wird zur weiteren Abklärung eine invasive Pränataldiagnostik empfohlen. Bei einer **mittleren Risikoerhöhung (1: 50 - 1:1.000)** bieten wir zur weiteren Abklärung den nicht-invasiven **VERACITY**-Test an. Gerne stehen wir Ihnen für ein Beratungsgespräch zur Erläuterung der Befunde und der möglichen Konsequenzen auch im Hinblick auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf zur Verfügung.
 Hiermit bestätige ich, dass ich über Risiken, Dauer, Aussagekraft und mögliche Konsequenzen der vorgeburtlichen Risikoabklärung informiert wurde und meine Fragen beantwortet wurden. Ich bin mit der Durchführung des **Ersttrimester-Screenings** (Bestimmung der Konzentrationen von PAPP-A und freiem β-HCG im mütterlichen Serum in Kombination mit einer Ultraschalluntersuchung des Feten und anschließender Risikoberechnung) einverstanden.

 Ort, Datum **X** _____ **X** _____
 Unterschrift der Schwangeren Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person