

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Status

# UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG für Erst- und Zweit-Trimester-Screening



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

## IGEL

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

### Untersuchungen

- Erst-Trimester-Screening**  
(SSL 45 – 84 mm, entspricht SSW 11+1 bis 14+0)
- PAPP-A, freies β-hCG, ggf. US-Marker Analytik inkl. Risikoberechnung (€ 60,33)
- PAPP-A, freies β-hCG Analytik ohne Risikoberechnung, Bericht der Messwerte (€ 40,22)
- PAPP-A Einzelanalyse (€ 23,46)
- Neuralrohrdefekt-Screening**  
(SSW 14 + 0 - 19 + 6; für diese Untersuchung benötigen wir die Angabe der SSW und des Gewichts der Patientin)
- AFP-Messung (€ 16,76)
- Präeklampsie-Screening 1. Trimester**  
(Risikoberechnung bei einer SSW 11+1 bis 14+0; SSL 45 – 83,1 mm)
- PLGF (€ 33,51)
- Präeklampsiediagnostik 2./3. Trimester**  
(IGeL ab SSW 20+0, KV ab SSW 24+0)
- sFlt-1/PLGF-Quotient (Für diese Untersuchung benötigen wir Serum und die Angabe der Schwangerschaftswoche.) (€ 67,02)
- sFlt-1/PLGF-Quotient (Für diese Untersuchung benötigen wir Serum und die Angabe der Schwangerschaftswoche.) (GKV)\*

\* Die Untersuchung ist als GKV-Leistung ab der SSW 24+0 nur unter folgenden Voraussetzungen möglich: Neu auftretender oder bestehender Hypertonus; Präeklampsie-assoziiierter organischer oder labordiagnostischer Untersuchungsbefund, welcher keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann; fetale Wachstumsstörung; auffälliger dopplersonographischer Befund der Aa. uterinae in einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01775

### Präeklampsie-Screening 1. Trimester (spezielle Angaben)

- Blutdruck linker Arm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg  
rechter Arm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg
- Widerstand A. uterina links \_\_\_\_ RI  
rechts \_\_\_\_ RI

### Spezielle Angaben bei IVF

- Eizellspende**  ja  nein
- Konzeptionsdatum: Tag \_\_\_\_ Monat \_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_
- Datum der Spende: Tag \_\_\_\_ Monat \_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_
- Geburtsdatum der Spenderin: Tag \_\_\_\_ Monat \_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_
- Alter (IVF/ Spende) Tag \_\_\_\_ Monat \_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_

### Klinische Angaben

- Datum Blutentnahme Tag \_\_\_\_ Monat \_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_
- SSW am Tag d. Blutabnahme Woche \_\_\_\_ Tag \_\_\_\_ mütterlicher RhD:  positiv  negativ
- Anzahl der Feten   **monochorial-monoamniotisch**  **monochorial-diamniotisch**  **dichorial**
- Größe und Gewicht der Schwangeren cm \_\_\_\_ kg \_\_\_\_
- Raucherin  Anzahl der Zigaretten \_\_\_\_  nein
- Diabetes  Typ 1  Typ 2  Gestationsdiabetes  nein  unbekannt
- Ethnische Zugehörigkeit der Schwangeren:**
- weiß** (z.B. Europa, Nahost, Nordamerika)  **südasiatisch** (z.B. Bangladesch, Indien, Pakistan)
- schwarz** (z.B. Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)  **südostasiatisch** (z.B. Indonesien, Thailand, Vietnam)
- ostasiatisch** (z.B. China, Japan, Korea)  **gemischt**
- andere \_\_\_\_\_
- Frühere Schwangerschaften mit:**
- Trisomie 21  Trisomie 18  Trisomie 13  Neuralrohrdefekt
- andere \_\_\_\_\_
- Anzahl Paritäten   bekannte Hypertonie  Präeklampsie in der Vorgeschichte

### Besonderheiten in der Anamnese:

\_\_\_\_\_

### Ultraschall (Angabe des schallenden Arztes notwendig)

Datum Ultraschall Tag \_\_\_\_ Monat \_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_ Name des Arztes\*: \_\_\_\_\_  
\* entfällt bei Einzelpraxis

	Fetus 1	Fetus 2
<b>SSL (mm)</b>	____, ____	____, ____
<b>NT (mm)</b>	____, ____	____, ____
<b>Nasenbein</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>Ductus venosus-Doppler</b>	<input type="checkbox"/> normale a-Welle <input type="checkbox"/> fehlende a-Welle <input type="checkbox"/> negative a-Welle	<input type="checkbox"/> normale a-Welle <input type="checkbox"/> fehlende a-Welle <input type="checkbox"/> negative a-Welle
<b>Tricuspidalklappen-Doppler</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Trikuspidalregurgitation <input type="checkbox"/> nicht eindeutig beurteilbar	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Trikuspidalregurgitation <input type="checkbox"/> nicht eindeutig beurteilbar
<b>Megazystis</b>	<input type="checkbox"/> ≥7 <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> ≥7 <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>Strukturelle Beurteilung des Feten</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> auffällig
<b>Zweit-Trimester-Screening (BPD) (mm)</b> (falls frühe SSL nicht verfügbar)	____, ____	____, ____

Eilige Befundübermittlung an die gemäß Gendiagnostik-Gesetz verantwortliche Person:  Fax  Telefon \_\_\_\_\_

Ärztliche Leistungen		(GOÄ-Ziffer, Faktor)	Euro	(GOÄ-Ziffer, Faktor)	Euro	(GOÄ, Faktor)	Euro
<input type="checkbox"/>	Beratung, einfach	(1, 2,3-fach)	10,72 €	<input type="checkbox"/>	Gutachten*	(80, 2,3-fach)	40,22 €
<input type="checkbox"/>	Beratung, ausführlich	(3, 2,3-fach)	20,11 €	<input type="checkbox"/>	Ultraschall	(415, 2,3-fach)	40,22 €
<input type="checkbox"/>	Blutentnahme	(250, 1,8-fach)	4,20 €	<input type="checkbox"/>	Zuschl. Ultrasch.	(403, 1,8-fach)	15,74 €
				<input type="checkbox"/>	Sono. Untersuchung	(A1006, 1-fach)	110,75 €
				<input type="checkbox"/>	Sono. Untersuchung	(A1006, 1,8-fach)	199,34 €
						(____, ____-fach)	____ €

\* Bei Berechnung durch behandelnde ärztliche Person

**Für die Einwilligungserklärung nach GenDG bitte unbedingt zweite Seite beachten!**

