



Patient (ggf. Patientenetikett)	
Name	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Vorname	
Straße	Geburtsdatum
PLZ, Ort	
Einsender (ggf. Stempel)	

Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

Tel.: 0231 · 95 72-0
Fax: 0231 · 57 98 34

info@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an
Name
Tel.-Nr.
Fax-Nr.
Mail

Probenmaterial	
	Datum / Uhrzeit
<input type="radio"/> Blut/Vollblut	
<input type="radio"/> Citrat-Plasma	[CP]
<input type="radio"/> EDTA-Blut	[E]
<input type="radio"/> EDTA-Plasma	[EP]
<input type="radio"/> NaF-Blut	[Na]
<input type="radio"/> Serum	[S]
<input type="radio"/> Urin	[U]
<input type="radio"/> Morgenurin	[UM]
sonst. Material / Anmerk.	

Nur vom Labor auszufüllen
Auftragsnummer

Rechnung
<input type="radio"/> Rechnung an Patienten/in

Anforderungsschein Ersttrimester-Screening (FTS) und Triple-Test

Version 04/2013

Angeforderte Analytik

- Ersttrimester-Screening** (möglichst innerhalb SSW 11+6 bis 13+6)
(Parameter: PAPP-A, frei β -HCG)
- Triple-Test** (Berechnung nur von SSW 14+0 bis 19+6 möglich)
(Parameter: AFP, β -HCG, fr. Östriol)
- FTS und/oder Triple-Test ohne Risikoberechnung im Labor

Erforderliche Angaben

Datum der Probenahme: Datum Ultraschall:

Gestationsalter nach Berechnung SSW..... + (am Tag der Blutentnahme)

Gestationsalter nach Ultraschall SSW + (am Tag der Blutentnahme)

Datum errechneter Termin (ET)

Angaben zur Schwangeren:

Körpergewicht kg

Nikotin-Abusus Nein Ja Zig./Tag

Diabetes mellitus Nein Ja

Ethnische Abstammung

Down-Syndrom frühere Schwangerschaft Nein Ja

Neuralrohrdefekt frühere Schwangerschaft Nein Ja

Angaben Fötus:

Zahl der Feten:

Nackenfaltendicke NT mm

Scheitel-Steiß-Länge (SSL)..... mm

BIP außen – außen..... mm

Zusätzliche Hinweise:

.....

.....

Das entnommene Vollblut gerinnen lassen und anschließend die Probe innerhalb einer Stunde zentrifugieren. Serum abpipettieren und in einem Probenröhrchen gekühlt / gefroren versenden (Haltbarkeit im Serum: freies β -HCG: 7 Tage bei 2-8°C, länger bei -20°C; PAPP-A: 24 Stunden bei 2-8°C, 2 Monate bei -20°C). Falls diese Bedingungen nicht eingehalten werden können bitte entsprechend ankreuzen:

Probe zentrifugiert: ja nein Probe gekühlt: ja nein

Patienteneinwilligung

Ich wurde beraten/aufgeklärt und bin mit der angeforderten Untersuchung sowie der dafür notwendigen Probenentnahme einverstanden.

Ersatzweise Erklärung verantwortliche/r Ärztin / Arzt

Die Patientin wurde gemäß Gendiagnostikgesetz beraten und ist mit der angeforderten Untersuchung sowie der dafür notwendigen Probenentnahme einverstanden.

.....
Patientin bzw. Sorgeberechtigte
(Druckbuchstaben)

.....
Datum / Unterschrift

.....
verantwortliche/r Ärztin/Arzt
(Druckbuchstaben oder Stempel)

(Druckbuchstaben)