Patient (ggf. Patientenetikett)

Name ○ weiblich ○ männlich

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
MVZ · Dr. Eberhard & Partner Dortmund

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

Rechnung

○ Rechnung an Patienten/in

Probenmaterial

Datum / Uhrzeit

- ○ Blut / Vollblut
- ○ Citrat-Plasma [CP]
- ○ EDTA-Blut [E]
- ○ EDTA-Plasma [EP]
- ○ NaF-Blut [Na]
- ○ Serum [S]
- ○ Urin [U]
- ○ Morgenurin [UM]

sonst. Material / Anmerk.

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Anforderungsschein Ersttrimester-Screening (FTS) und Triple-Test

Version 12/2017

Angeforderte Analytik

❍ **Ersttrimester-Screening** (möglichst innerhalb SSW 11+6 bis 13+6)
(Parameter: PAPP-A, freies ß-HCG)

❍ **Triple-Test** (Berechnung nur von SSW 14+0 bis 20+6 möglich)
(Parameter: AFP, ß-HCG, fr. Östriol)

❍ FTS und/oder Triple-Test ohne Risikoberechnung im Labor

Erforderliche Angaben

Datum der Probennahme: .....

Gestationsalter Berechnung SSW..... + ... (Tag Blutentnahme)

Datum errechneter Termin (ET) .....

Datum Ultraschall: .....

Gestationsalter Ultraschall SSW ..... + ... (Tag Blutentnahme)

Angaben zur Schwangeren:

Körpergewicht ..... kg

Ethnische Abstammung .....

Down-Syndrom frühere Schwangerschaft ❍ Nein ❍ Ja

Nikotin-Abusus ❍ Nein ❍ Ja ..... Zig./Tag

Diabetes mellitus ❍ 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 ß-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

Einverständniserklärung Patientin

(Ein ausführliches Formular zur Aufklärung inkl. Einwilligungserklärung gem. GenDG findet sich unter www.labmed.de.)

Ich wurde durch u.g. Ärztin/Arzt gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten.
Ich willige in die genannte genetische Diagnostik ein.

....

Ort, Datum | Unterschrift **Patientin** bzw. Name und Unterschrift gesetzl. Vertreter/in | Name/Stempel, Unterschrift verantwortl. **Ärztin/Arzt**

Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter) wurde gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten. Die schriftliche Einwilligung für die o.g. genetische Untersuchung liegt mir vor.

....

Ort, Datum | Name/Stempel und Unterschrift verantwortl. **Ärztin/Arzt**