



Beleg-Nr.

Auftrags-Nr.

Entnahme-Datum:	Patientendaten	Kostenträger
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> schwanger	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Privatpatient (Adresse angeben!)
	SSW: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Eilfall
Uhrzeit:	einges. Material	Auftrags-Nr.
<input type="text"/>		Beleg-Nr.
		00000 35120 Bei Bestellung angeben!
	Klinische Angaben	

Name, Vorname des Versicherten			
			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____ **Station:** _____

Ihre Identifikation: _____ Unterschrift: _____

Anforderungsblatt 12: Screening auf Down Syndrom und Neuralrohrdefekt

Nicht-invasive pränatale Diagnostik

ERSTTRIMESTER-SCREENING 41008
 < > SSW 10+ _____ bis 14+ _____
(PAPP-A u. freie β-Kette)
 Trisomie 21 (Down)
 Trisomie 18

ZWEITTRIMESTER-SCREENING 40999
 < > SSW 14+ _____ bis 19+ _____
(HCG, AFP und Östriol)
 Trisomie 21 (Down)
 Trisomie 18
 Neuralrohrdefekt

Markierungen bitte so anstreichen!

	Woche	Tag		
SSW rechnerisch:	_____	+	_____	(bitte ausfüllen)
SSW sonographisch:	_____	+	_____	(bitte ausfüllen)
Letzte Regel:	_____			
Voraussichtl. Geburtstermin:	_____			
Gewicht:	_____	kg		
			Datum der Probennahme:	_____
			Datum der Ultraschalluntersuchung:	_____
			BIP:	_____ mm
			SSL:	_____ mm
			Nackentransparenz (NT):	_____ mm

Hautfarbe:	< >	weiß	< >	farbig
Einlingsschwangerschaft	< >	ja	< >	Mehrlingsschwangerschaft
				(nur AFP, Down-Screening prinzipiell nicht möglich)
insulinabhängiger Diabetes	< >	nein	< >	ja
Sonographische Auffälligkeiten	< >	nein	< >	ja, welche _____
Andere Auffälligkeiten	< >	nein	< >	ja, welche _____

Für die Angabe der SSW sollten bevorzugt die Ultraschalldaten herangezogen werden.

Bitte beachten Sie, dass mit Hilfe der beiden Tests nur eine statistische Aussage über die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Down-Syndroms getroffen werden kann.

Um eine sofortige und zügige Bearbeitung der Untersuchungen zu gewährleisten, ist es notwendig, eine **separate Probe (Serum ca. 3 ml)** einzusenden. Dieser Suchtest ist in der Regel keine abrechenbare Kassenleistung !

Datum _____ Unterschrift _____