

PRÄKLAMPSIE



BIOSCIENTIA
HUMANGENETIK

Bioscientia MVZ Ingelheim – Zentrum für Humangenetik | Konrad-Adenauer-Str. 17 |
D-55218 Ingelheim | Tel. 06132-781-411 | Fax 06132-781-194 | info.genetik@bioscientia.de
www.bioscientia-humangenetik.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arztstempel und Unterschrift

Barcode

Rechnungsart	
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
Rechnungsempfänger	
<input type="checkbox"/> Einsender	<input type="checkbox"/> Patientin

Probenmaterial	
<input type="checkbox"/> Serum	
Probengefäße (Anzahl)	

Untersuchung

- Präeklampsie-Screening* (11+2 bis 13+6) IGeL-Leistung
PIGF, PAPP-A (43,72€)
- Präeklampsie-Diagnostik (20+0 bis Entbindung)
PIGF, sFlt-1, Quotientenberechnung (58,29€)

Klinische Daten Allgemein

Anzahl der Feten |||

Datum der Probennahme |||||

SSW laut Arzt bei Blutentnahme ||| + |

SSL (CRL) vor 12. SSW |||||

Datum US |||||

Gewicht der Schwangeren ||||| kg

Größe der Schwangeren ||||| mm

Ethnische Herkunft

- kaukasische (europäische Herkunft)
- andere _____

IVF/ICSI

Besonderheiten der Anamnese:
(Lupus eryt., Nierenerkrankung, etc.)

Verlaufskontrolle

Wurde uns während der aktuellen Schwangerschaft schon einmal eine Serum-Probe zugesendet?

- ja
- nein

Klinische Daten Speziell

- Vorangegangene Präeklampsie/HELLP
- Chronischer Hypertonus (> 140/90 mmHG)
- Hypertonus-Onset in der Schwangerschaft

Uterina-Doppler

PI links |||||

PI rechts |||||

RI links |||||

RI rechts |||||

Notching

- kein Notch
- unilateral
- bilateral

IGeL – Individuelle Gesundheitsleistungen / Patientenerklärung

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse beauftrage ich die Veranlassung von laborärztlichen Leistungen. Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten der von mir beauftragten Leistungen ganz oder anteilig zu übernehmen. Ich werde die Kosten dieser Leistungen selbst tragen und bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) weitergeleitet werden und die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzte an diese privatärztliche Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden.

Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt. Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass es mir nach der Aufklärung freistand, weitere Fragen an den Arzt zu richten.

Auch hatte ich ausreichend Zeit, das mir Mitgeteilte in Ruhe zu überlegen und daraufhin meine Entscheidung über die Zustimmung zum Eingriff zu treffen.

Datum _____ Unterschrift _____