



Institut für Immunologie und Genetik Kaiserslautern, 67613 Kaiserslautern Postf. 2565 / 67655 Kaiserslautern, Pfaffplatz 10

<b>Einsender:</b>	<b>Patientendaten:</b>
-------------------	------------------------

### Untersuchungsanforderung Ersttrimester-Screening (IGeL)

**Material:** 1 ml Serum **Entnahmedatum/Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

<b>Untersuchung:</b> <b>Ersttrimester-Screening</b> (SSW 11+1 bis 13+6, SSL 45-84 mm) <input type="checkbox"/> <b>PAPP-A, freies <math>\beta</math>-hCG, ggf. US-Marker (€46,63)</b> Analytik incl. Risikoberechnung Ersteinsender ggf. FMF-Zertifizierungsnr. angeben: _____ <input type="checkbox"/> <b>PAPP-A, freies <math>\beta</math>-hCG (€29,14)</b> Analytik ohne Risikoberechnung, Bericht in MoM  zuzüglich Material - und Portokosten (2,02 €)	<b>Klinische Daten:</b> Indikation: <input type="checkbox"/> mütterliches Alter <input type="checkbox"/> Wunsch der Patientin <input type="checkbox"/> Auffälliger Ultraschall _____ Anzahl der Feten: _____ SSL (mm): _____ NT (mm): _____ Datum Ultraschall (US): _____ SSW am Tag der Blutentnahme (US): _____ Gewicht der Schwangeren (kg): _____ <input type="checkbox"/> Raucherin Zigaretten/Tag: _____ Ethnische Herkunft: <input type="checkbox"/> kaukasisch <input type="checkbox"/> andere _____
--	---

Sonstige Besonderheiten:

**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. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten