

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



Labor Dr. Brunner

## Ersttrimesterscreening

Rg an Patient     Rg an Praxis

### Ersttrimester:

#### Scheitel-Steiß-Länge (mm):

1. Fetus: |\_|\_|, |\_|\_| mm
2. Fetus (Gemini) |\_|\_|, |\_|\_| mm

#### Nackentransparenz (NT) (mm):

1. Fetus: |\_|\_|, |\_|\_| mm
1. Fetus: |\_|\_|, |\_|\_| mm

#### Megazystis (> 6,9 mm):

1. Fetus: \_\_\_\_\_
2. Fetus: \_\_\_\_\_

#### Nasal bone (NB):

1. Fetus: \_\_\_\_\_
2. Fetus: \_\_\_\_\_

#### Strukturelle Beurteilung des Feten (US):

1. Fetus: \_\_\_\_\_
2. Fetus: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Patientin:

**Gewicht** \_\_\_\_\_ **kg**

**Tag der Blutentnahme:** \_\_\_\_\_

**Tag der US-Untersuchung:** \_\_\_\_\_

#### Frühere Schwangerschaften mit:

- Trisomie 21  
 Trisomie 18  
 Trisomie 13

#### Ethnische Zugehörigkeit:

- Europäer  
 Negroide  
 Orientalen  
 Afrikanisch  
 Asiaten  
 Sonstige  
 **Raucherin:** \_\_\_\_\_ (ja / nein)

### IVF-Patienten:

#### bei Eizellspende:

Alter der Spenderin: \_\_\_\_\_ Jahre  
alternativ: Geburtsdatum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Datum der Eizellspende: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### bei Transfer kryokonservierter Embryonen:

Alter der Mutter / Spenderin  
(bei Kryokonservierung): \_\_\_\_\_ Jahre  
alternativ: Geburtsdatum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Datum der Kryokonservierung: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### Ultraschallbefund:

#### SSW nach Ultraschallbefund:

abgeschlossene Wochen: \_\_\_\_\_ Tage \_\_\_\_\_  
am: \_\_\_\_\_  
BIP |\_|\_|, |\_|\_| mm    Datum: \_\_\_\_\_  
SSL |\_|\_|, |\_|\_| mm    Datum: \_\_\_\_\_

### Besonderheiten:

- Diabetes  
 Auffälligkeiten im US bei vorherigen SS

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_ Labor-Nummer: \_\_\_\_\_

Eilige Befundmitteilung an (Fax / Tel.): \_\_\_\_\_

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

Die Patientin wurde über die möglichen Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt und gab Ihre Einwilligung hierzu.  
Für die Untersuchungen „freies  $\beta$ -HCG“ und PAPP-A (inkl. Auswertung) werden der Patientin 52,46 EUR in Rechnung gestellt.  
Die Rechnungsstellung der Laboruntersuchungen erfolgt durch das Labor Dr. Brunner.

Arztstempel / Unterschrift Arzt