

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 β -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