

Einsender:

Dr. med. B. Feusi Dr. sc. nat. A. Jaeger Dr. med. G. Printzen Dr. med. N. Shayanfar

Name _____ Geb.-Datum _____

Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Kopie an: _____

Bitte benachrichtigen Sie uns per:

 Telefon Fax

Rechnung an:

 Kasse/Patientin AuftraggeberIn Selbstzahlerin

Verschreibender Arzt:

*Optimale SSW: 15 0/7 – 18 6/7. Die Untersuchung kann bis zu einem Gestationsalter von max. 22 6/7 Wochen durchgeführt werden.

Pränatale Risikobestimmung für Neuralrohrdefekte und Trisomie 21 aus dem mütterlichen Serum

 Entnahmedatum: ____ / ____ / ____ um ____:____ Uhr Untersuchungsmaterial: Vollblut (10 ml) Serum (2-3 ml)

Klinische Angaben

Gewicht der Schwangeren: ____ kg

 Gravidität nach IVF / ICSI? Ja Nein

Datum LP: ____ / ____ / ____

 Datum gesichert? Ja Nein

Ultraschall durchgeführt am: ____ / ____ / ____ um ____:____ Uhr

Anzahl Feten: ____ (Zwillingsschwangerschaften berechenbar)

BIP: ____ mm SSL: ____ mm (entspricht ____ Wochen + ____ Tage)

Wurde in dieser Schwangerschaft bereits eine invasive Pränataldiagnostik durchgeführt / versucht?

 Ja, Datum: ____ / ____ / ____ Nein

 Wenn Ja: Amniozentese Chorionbiopsie

Anamnestische Angaben

 Diabetes mellitus: Nein Ja, insulinabhängig Gestationsdiabetes

 Raucherin: Nein Ja, Zigaretten/Tag: ____

 Ethnische Herkunft: Kaukasisch (weiss) Afrikanisch (schwarz) Asiatisch
 Andere _____

Vorausgegangene Schwangerschaften:

 Geburt(en): ____ Abort(e): ____ Schwangerschaft(en) mit: Trisomie 21
 Neuralrohrdefekt
 Andere Anomalien

 Bemerkungen: _____

Zur Erinnerung: Eine umfassende Information der Schwangeren über diese pränatale Untersuchung und mögliche Konsequenzen ist erforderlich.

 Bitte schicken Sie mir neue Formulare zu.