



Personalien der untersuchten Person (Name, Vorname, Geb.Dat.):

Empty box for patient personal data.

Eingangsdatum: _____

Eingangszeit: _____ Uhr

Arzt-Patienten-Barcode

Empty box for barcode.

Datum der Blutentnahme: _____ Zeit: _____ Uhr

BEGLEITSCHIN: AFP-Neuralrohrdefekt

Pränatale Risikobestimmung aus dem mütterlichen Serum

(bitte IGeL- oder Privat-Anforderungsschein beilegen)

Blutentnahme zwischen **SSW 14+0 und 17+6**

SSW aufgrund Ihrer Ultraschalluntersuchung:

Bitte hier die **abgeschlossenen (!)** SSW sowie zusätzliche Tage (0-6) zum Zeitpunkt der Blutentnahme angeben. Die Bestimmung der abgeschlossenen SSW für die Risikoberechnung sollte unbedingt mit Ultraschall erfolgen! Patientenangaben zur letzten Regel sind zu ungenau.

_____ + _____
abgeschl. Woche + zusätzliche Tage

Ethnische Herkunft:

- weiß (Europa, Mittlerer Osten, Nordafrika, Lateinamerika)
- schwarz (Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)
- südasiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)
- ostasiatisch (China, Korea, Japan)

Angaben zur Biometrie:

Biparietal-Durchmesser (BPD):mm nach Ultraschall vom: / (Datum!)

Zur optimierten Befundung bitte die Biometrie des frühesten Ultraschalls - CRL 1. Trimenon - mit angeben:

Scheitel-Steiß-Länge (CRL):mm nach Ultraschall vom: / (Datum!)

1 Fetus

Zwilling

Drilling

Gewichtkg

Nichtraucherin

Raucherin,Zig./Tag

Besonderheiten in der Anamnese (z. B. Medikation, Abortbestrebungen, Diabetes mellitus):

.....
.....

Aufklärung der Patientin nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) ist erfolgt. Einwilligung der Patientin liegt vor.

.....
Datum/Unterschrift des einsendenden Arztes