

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum



MVZ Gemeinschaftslabor

COTTBUS

Uhlandstraße 53, 03050 Cottbus

Telefon: 0355/58402-0

www.labor-cottbus.de, info@labor-cottbus.de



000060060010

Pränatales Screening auf Chromosomenstörungen

Kostenträger Selbstzahler/I/Gel Privatpatientin Einsender/Klinik

Patientendaten (Die fett gedruckten Angaben sind für einen zertifizierten Befund im 1. Trimester obligat.)		Einsender:
Datum Blutentnahme [][]/[][]/[][][][]	Entnahme-Zeit [][]:[][]	
Datum Ultraschall [][]/[][]/[][][][]	SSW sonografisch [][]+ [][]	
Gewicht der Patientin [][][] , [][] kg	SSW rechnerisch [][]+ [][]	
Parität: <input type="checkbox"/> Nullipara <input type="checkbox"/> Einling <input type="checkbox"/> Gemini monochorial-monoamniol <input type="checkbox"/> > 1 Para <input type="checkbox"/> Gemini dichorial <input type="checkbox"/> Gemini monochorial-diamniol		
Raucher: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zigaretten pro Tag _____ Herkunft: <input type="checkbox"/> weiße Hautfarbe <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Diabetes mell. (DM) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> TypII, diätisch <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes, diätisch <input type="checkbox"/> TypI, insulinpfl. <input type="checkbox"/> TypII, insulinpfl. <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes,insulinpfl.		Duplikationsbefund an: (Einverständnis nach GenDG erforderlich)
IVF/ICSI-Schwangerschaft mit ovarieller Stimulation: <input type="checkbox"/> Konzeptionsdatum: _____ <input type="checkbox"/> Datum der Eispende: _____ <input type="checkbox"/> Alter der Spenderin bei Entnahme: _____		
SSL Fet 1 [][][] , [][] mm SSL Fet 2 [][][] , [][] mm NT Fet 1 [][] , [][] mm NT Fet 2 [][] , [][] mm BIP Fet 1 [][][] , [][] mm BIP Fet 2 [][][] , [][] mm Nasenbein Fet 1 <input type="checkbox"/> nachweisbar _____ mm <input type="checkbox"/> nicht nachweisbar Nasenbein Fet 2 <input type="checkbox"/> nachweisbar _____ mm <input type="checkbox"/> nicht nachweisbar	Vorausgegangene Trisomien: <input type="checkbox"/> Trisomie 21 <input type="checkbox"/> Trisomie 18 <input type="checkbox"/> Trisomie 13	Ultraschall durchgeführt von:

1. Trimester-Screening

- Trisomie-Risiko mittels PAPP-A, freiem β -hCG und NT (SSW 11+1 bis 13+6, entspr. SSL 45-84 mm) € 55,08 (E 31676)
- DoE-Werte PAPP-A + freies β -hCG € 34,97 (E 31677)
- nur Messwerte PAPP-A + freies β -hCG € 34,97 (E 31678)

2. Trimester-Screening

- Triple-Test (SSW 14+0 bis 19+6) AFP, hCG, freies Estriol € 43,71 (E11502)
- Alleinige Bestimmung von AFP (Neuralrohrdefekt) SSW 14+0 bis 19+6 € 14,57 (E 30612)

Notwendiges Material: 1 Serumröhrchen

- Eilige Befundübermittlung:
- auf die bekannte Faxnummer: _____
- auf folgende Faxnummer: _____
- telefonisch: _____

Einwilligung nach GenDG erforderlich (Rückseite)

- 1 Beratung: 10,72 €
- 3 Beratung mind. 10 min.: 20,11 €
- 250 Blutentnahme: 4,19 €
- 403 Zuschlag bei transkavitärer Untersuchung: 15,74 €
- 415 Ultraschall i. d. Mutterschaftsvorsorge: 40,22 €

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung:

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die genannten Leistungen in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Ich werde die Kosten nach der jeweils gültigen Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) selbst tragen. Der Laborbefund wird meinem behandelnden Arzt zugesandt, bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an die PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG., Invalidenstr. 92, 10115 Berlin, weitergeleitet werden und die Rechnungsforderung der beteiligten Ärzte sowie des o.g. Labors an die PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG zum Einzug abgetreten werden, sofern diese ihr Liquidationsrecht nicht selbst wahrnehmen. Ich erhalte über die in der Praxis anfallenden Behandlungskosten und die Kosten des Labors von der PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG eine gemeinsame Rechnung. Die PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG nimmt dann die Aufteilung und Überweisung des Honorars an den jeweiligen Arzt bzw. an das Labor vor. Bei allen angegebenen Preisen handelt es sich um den einfachen Steigerungssatz nach GOÄ. Bei privat versicherten Patienten wird mit dem Steigerungsfaktor 1,15 zuzüglich Auslagen nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 GOÄ abgerechnet.

Powered by Mediatorm.de

Name, Vorname

Unterschrift

(Druckschrift) Patient/ Erziehungsberechtigter

Bitte unbedingt umseitige Einverständniserklärung beachten >>>

Name

Vorname

Geburtsdatum

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostik-Gesetz

Vorgesehene Untersuchung:

Vorgeburtliche Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Kind

Ziel einer vorgeburtlichen Risikoanalyse ist das Ermitteln der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Trisomie 21, 18 oder 13 bei Ihrem ungeborenen Kind vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung NICHT um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen erörtert wurden, beantworten Sie diese bitte durch Ankreuzen mit ja oder nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgender weiterer Arzt ebenfalls eine Befundermittlung erhält:

ja

nein

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des aufklärenden Arztes

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters