

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



Untersuchungsauftrag Präeklampsie-Diagnostik



Releg ID

000140300039

Abrechnungsart  
 Privat     Ziffer 1  
 IGeL-P     Ziffer 3  
 IGeL-X     Ziffer 250  
 PIGF und PAPP-A:  
 IGeL-P (1,0) 38,42 €; Privat (1,15) 43,40 €

Rechnung ans Haus     Ultraschall wurde durchgeführt von:

Eilige Befundübermittlung erwünscht:  
 auf die bekannte Faxnummer  
 andere Faxnummer:  
 telefonisch

Anforderung

Berechnung des Präeklampsie-Risikos  
 (SSW 11 + 0 bis 14 + 0)  
 Tagesgleiche Proben-Abholung: Serum- Monovette oder Serum-Vacuette (7,5 ml); keine tagesgleiche Abholung: Serum-Gel-Monovette oder Serum-Gel-Vacuette (7,5ml) bitte unbedingt zentrifugieren und bei Kühlschranktemperatur innerhalb von 24 Std. den Probentransport sicherstellen. Lagerung am Wochenende : Probe einfrieren!

Schwangerschaftsrelevante Anamnese:

Blutentnahme: Datum    Ultraschalluntersuchung: Datum    Scheitel-Steiß-Länge: mm (SSL/CRL)

SSW sonographisch:  ja    vollendete Wochen    Tag    SSW durch Kenntnis des Konzeptionstermins:  ja    Datum    vollendete Wochen    Tag

Anzahl der Feten:    +   

Gewicht Patientin (kg):    Größe in cm:   

Ethnische Herkunft:  weiß (z.B. Europa, Naher Osten)     schwarz     ostasiatisch (z.B. China)     südasiatisch (z.B. Indien)     südostasiatisch (z.B. Malaysia)     gemischt     andere:  unbekannt

Raucherin:  nein     ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag     unbekannt

Diabetes mellitus:  nein     Typ I     Typ II diätetisch     Typ II insulinpflichtig     Gestationsdiabetes diätetisch     Gestationsdiabetes insulinpflichtig

Systemischer Lupus erythematodes (SLE):  nein     ja

Antiphospholipid-syndrom (APS):  nein     ja

Mutter der Patientin hatte PE:  nein     ja

\*Spezielle Angaben bei IVF

Typ:  frische eigene Eizellen     tiefgefrorene eigene Eizellen     Eizellspende

Datum der Spende/ Kryokonservierung

Befruchtungsdatum

Geburtsdatum der Patientin/ Eizellspenderin

Parität  Nullipara     ≥ 1-Para    Spontane Geburten (bitte chronologisch): 1. SSW,Tag    4. SSW,Tag

Präeklampsie in früheren Schwangerschaften  nein     ja    2. SSW,Tag    5. SSW,Tag

Letzte Schwangerschaft: Monat:    Jahr:    Zwillinge:  nein     ja    3. SSW,Tag    6. SSW,Tag

Geburtsgewicht in Gramm    ggf. 2. Fetus

Hinweis bei IGeL: Mir ist bekannt, dass es sich bei den o.g. ärztlichen Leistungen nicht um vertragsärztliche Leistung der GKV handelt und ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf sondern diese auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst tragen muss.  
 Datum, Unterschrift:

Einwilligung Abrechnung: Hiermit willige ich in die Abtretung und Übermittlung der zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungsstage, nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS rhein-ruhr GmbH, Remscheid Str. 16, 45481 Mülheim a.d.R./Muttergesellschaft PVD holding GmbH ein und entbinde insoweit das Labor bzw. den Arzt/die Ärztin von der Schweigepflicht.  
 Datum, Unterschrift: