

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Untersuchungsauftrag Präeklampsie-Diagnostik



000140300047

Abrechnungsart

☐ Privat

☐ Ziffer 1

☐ IGeL-P

☐ Ziffer 3

☐ IGeL-X

☐ Ziffer 250

☐ 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

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

☐ schwarz

☐ ostasiatisch

☐ südasiatisch

☐ südostasiatisch

☐ gemischt

☐ andere:

(z.B. Europa, Naher Osten)

(z.B. China)

(z.B. Indien)

(z.B. Malaysia)

☐ unbekannt

Raucherin:

☐ nein

☐ ja, _____ Zigaretten/Tag

☐ unbekannt

Diabetes mellitus:

☐ nein

☐ Typ I

☐ Typ II

☐ Typ II

☐ Gestationsdiabetes

☐ Gestationsdiabetes

diätetisch

insulinpflichtig

diätetisch

insulinpflichtig

Systemischer Lupus erythematoses (SLE):

☐ nein

☐ ja

Antiphospholipid-syndrom (APS):

☐ nein

☐ ja

Mutter der Patientin hatte PE:

☐ nein

☐ ja

Konzeptionsmethode:

☐ spontan

☐ Auslösung des Eisprungs ohne IVF

☐ IVF*

*Spezielle Angaben bei IVF

Typ:

☐ frische eigene Eizellen

☐ tiefgefrorene eigene Eizellen

☐ Eizellspende

Datum der Spende/ Kryokonservierung

Befruchtungsdatum

Geburtsdatum der Patientin/ Eizellspenderin

Bluthochdruck in der Anamnese:

☐ nein

☐ ja

Blutdruck linker Arm syst./diast.:

1. Messung

mmHg

2. Messung

mmHg

Blutdruck rechter Arm syst./diast.:

1. Messung

mmHg

2. Messung

mmHg

Aa. uterinae-Doppler-PI:

links:

rechts:

Parität

☐ Nullipara

☐ ≥ 1-Para

Spontane Geburten

(bitte chronologisch):

1. SSW,Tag

4. SSW,Tag

2. SSW,Tag

5. SSW,Tag

3. SSW,Tag

6. SSW,Tag

Präeklampsie in früheren Schwangerschaften

☐ nein

☐ ja

Letzte Schwangerschaft:

Monat:

Jahr:

Zwillinge:

☐ nein

☐ ja

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: