

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie,  
Virologie, Transfusionsmedizin, Pathologie SE & Co. eGgR

Tomphecke 45, 41169 Mönchengladbach  
Fon 0 21 61 / 81 94 0, Fax 0 21 61 / 81 94 50  
www.labor-stein.de



## Untersuchungsauftrag Präeklampsie-Diagnostik



000140300055

Abrechnungsart

☐ Privat ☐ Ziffer 1

☐ IGeL-P ☐ Ziffer 3

☐ IGeL-X ☐ Ziffer 250

PIGF und PAPP-A:  
IGeL-P (1,15) 55,20 €; Privat (1,15) 55,20 €

☐ 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

Konzeptionsmethode: ☐ spontan ☐ Auslösung des Eisprungs ohne IVF ☐ IVF\*

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:

\*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

Präeklampsie in früheren Schwangerschaften ☐ nein ☐ ja

Letzte Schwangerschaft: Monat: Jahr: Zwillinge: ☐ nein ☐ ja

Geburtsgewicht in Gramm ggf. 2. Fetus

Spontane Geburten (bitte chronologisch):

1. SSW, Tag +

2. SSW, Tag +

3. SSW, Tag +

4. SSW, Tag +

5. SSW, Tag +

6. SSW, Tag +

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: