

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



Untersuchungsauftrag Präeklampsie-Diagnostik



000140300020

Abrechnungsart
 Rechnung ans Haus
 Ultraschall wurde durchgeführt von:
 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 €
 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-Vacurette (7,5 ml); keine tagesgleiche Abholung: Serum-Gel-Monovette oder Serum-Gel-Vacurette (7,5ml) bitte unbedingt zentrifugieren und bei Kühlschranktemperatur lagern, 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 ja Typ I- oder Typ II-Diabetes Gestationsdiabetes 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*
 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
 Eizellspende: Alter der Spenderin zum Zeitpunkt der Spende _____ Jahre, _____ Monate. Alternativ: Geburtsdatum _____ und Datum der Eizellspende _____.
 Transfer kryokonservierter Embryonen: Alter der Mutter (oder der Eizellspenderin) zum Zeitpunkt der Kryokonservierung _____ Jahre, _____ Monate. Alternativ: Geburtsdatum _____ und Datum der Kryokonservierung _____.

Parität Nullipara ≥ 1-Para Spontane Geburten (bitte chronologisch):
 Präeklampsie in früheren Schwangerschaften nein ja 1. SSW 4. SSW
 Letzte Schwangerschaft: Jahr: Zwillinge: nein ja 2. SSW 5. SSW
 Geburtsgewicht in Gramm ggf. 2. Fetus 3. SSW 6. SSW

Hinweis bei IGeL: Einwilligung Abrechnung:
 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.
 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, Behandlungstage, 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: Datum, Unterschrift: