

Einsender:

Dr. med. A. Isler Dr. sc. nat. A. Jaeger Dr. sc. ETH R. Graf Dr. phil-nat. B. Mani

Name	Geb.-Datum
------	------------

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ	Ort
-----	-----

Kopie an:

Verschreibende Ärztin / Verschreibender Arzt:

Bitte benachrichtigen Sie uns per:

☐ Telefon

Rechnung an:

☐ Kasse/Patientin☐ Auftraggeber☐ Selbstzahlerin

Pränatale Risikobestimmung für Neuralrohrdefekte und Trisomie 21 aus dem mütterlichen Serum

Entnahmedatum: ____/____/____ um ____:____ Uhr Untersuchungsmaterial: ☐ Vollblut (10 ml) ☐ Serum (2-3 ml)

Klinische Angaben

Gewicht der Schwangeren: _____ kg

Gravidität nach IVF / ICSI? ☐ Ja

☐ Nein

Datum LP: ____ / ____ / ____

Datum gesichert? ☐ Ja

☐ Nein

Ultraschall durchgeführt am: ____/____/____

Anzahl Feten: _____ (Zwillingsschwangerschaften berechenbar)

BIP: _____ mm **SSL:** _____ mm (entspricht _____ Wochen + _____ Tage)

Wurde in dieser Schwangerschaft bereits eine invasive Pränataldiagnostik durchgeführt / versucht?

☐ Ja, Datum: / / ☐ Nein

Wenn Ja: ☐ Amniozentese ☐ Chorionbiopsie

Anamnestic Angaben

Diabetes mellitus: ☐ Nein ☐ Ja, insulinabhängig ☐ Gestationsdiabetes

Raucherin: ☐ Nein ☐ Ja, Zigaretten/Tag: _____

Ethnische Herkunft: ☐ Kaukasisch (weiss) ☐ Afrikanisch (schwarz) ☐ Asiatisch

☐ **Andere**

Vorausgegangene

Schwangerschaften:

☐ Geburt(en): _____ ☐ Abort(e): _____ Schwangerschaft(en) mit: ☐ Trisomie 21

☐ Abort(e): _____

Schwangerschaft(en) mit:

☐ Trisomie 21

☐ Neuralrohrdefekt

- ☐ Andere Anomalien

Bemerkungen: _____

Zur Erinnerung: Eine umfassende Information der Schwangeren über diese pränatale Untersuchung und mögliche Konsequenzen ist erforderlich.