| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | MEDIZINIS CHES LABOR BREMEN |
|---|---|--|---|
| Name Vername des Versieherten | | Bitte dieses | Haferwende 12 · 28357 Bremen Tel.: +49 (0)421 2072-0 |
| Name, Vorname des Versicherten | | Feld nicht | Fax: +49 (0)421 2072-167 info@mlhb.de · www.mlhb.de |
| | geb. am | bekleben! | Entnahme-Dat.: Uhrzeit: PatAngaben: |
| | | bekieben: | N. C. |
| | | P.L | Elifall |
| Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. | Status | Nur | Entnehmende Person: |
| versioner ten-14. | Otatus | für labor- | Tel. |
| Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. | Datum | interne | |
| Setriebsstatteri-ivr. Arzt-ivr. | Datum | Zwecke! | Rechnung an Patient |
| | | | Einsenderinformation: Ich bin durch die FMF -London (UK) zertifiziert |
| | | Bei Nachbestellung diese Belegnummer angeben: | ggf. Zert Nummer: |
| * | | | bei Abrechnung über die PVS: |
| | | | 1 24 250 415 |
| | | 0035 0049 03 | 3 70 403 7 |
| | | | 5 75 406 |
| Intersuchungsauftrag Ersttrimes | ster - Screening | | |
| Klinische und anamnestische Angaben / An | gaben zur Schwangerschaft: | | |
| Datum der Ultraschall- untersuchung | | Gewicht der Patientin | , kg |
| • ssw | + | • Ethnische Herkunft | Weiß Andere: |
| • Scheitel-Steiss-Länge (SSL) | , mm | ● Raucherin | Ja Nein |
| Biparietaler Durchmesser (BiP) | , mm | • IVF | Ja Nein |
| Nackentransparenz (NT) | , mm | Anzahl früherer Gebu | rten (Parität) |
| Nasenknochen nachgewiesen | Ja Unsicher Nein | Frühere Schwangerschaften mit Trisomie 21 / 18 / 13 , NRD, | |
| Trikuspidalregurgitation | Normal Unsicher Auffällig | Wenn Ja, welches? | |
| Ductus venosus | Unauffällig Auffällig: | | |
| Frontomaxillarer Winkel (FMF) | Grad: Kann nicht untersucht werden | | |
| Anzahl Feten | Einling Mehrling | | |
| Chorionizität | mono- chorial di- chorial | | |
| Anzahl Amnien | mono- amniotisch amniotisch | | |
| ntersuchungsauftrag: | | | |
| estimmung von PAPP-A und freier ß-Kette | e des HCG, Werte incl. MoM | mit Risikoberechnung | ohne Risikoberechnung Kosten: 35,80 € |
| inwilligungserklärung zur humanger iermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probe ragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über oh gezielt und ausschließlich auf diese Fragest | ennahme und zur Durchführung eir das Wesen, die Bedeutung und Tra ellung und dient nicht der Erlangun | agweite der Analyse aufgeklärt. Die du g von Aussagen zu eventuellen ander | rchzuführende Untersuchung richtet en Krankheiten oder Erbanlagen, Mir |
| urde eine angemessene Bedenkzeit eingeräum derufen und von einer Mitteilung über das Erge h bin damit | n und ich nabe derzeit keine weiter ebnis der Untersuchung Abstand ne | ehmen kann. | ese Einwilligungserklärung jederzeit nicht einverstanden |
| ass verbleibendes Probenmaterial für eine spät wecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kan | ere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse n. | e, Nachforderungen durch meine Ärztii | n / meinen Arzt und wissenschaftliche |
| atientenvereinbarung über privatärztliche Aber gesetzlichen Krankenkassen Is Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse möcl Iir ist bekannt, dass diese von mir gewünschten bernommen werden. Ich werde die Kosten ents elbst tragen. Mir ist ferner bekannt, dass für mei | nte ich die oben aufgeführten, priva Leistungen in meinem Fall nicht vo prechend o.g. Aufstellung nach dei ne Krankenkasse keine Verpflichtu | atärztlichen Leistungen in Anspruch ne on der gesetzlichen Krankenkasse r Gebührenordung für Ärzte (GOÄ 96) ng besteht, die Kosten ganz oder ante | hmen. |
| pernehmen. Mit der Abrechnung der Leistunger elle für Ärzte (PVS) bin ich einverstanden. | n durch das Medizinischen Labor B | remen bzw. über die Privatverrechnun | gs- |
| | | | Ort, Datum, Unterschrift |

