

Aufklärung und Kostenübernahmeerklärung für das Ersttrimester-Screening

Name		Vorname	
geb.			
Straße			
PLZ/ORT Bitte Druckschrift			



**ZENTRUM für
Reproduktionsmedizin
Pränataldiagnostik
WÜRZBURG**

Dr. Reinhard Mai
Dr. Lore Mulfinger
Dr. Florian Jakob (Ang.)

Sehr geehrte Patientin,

mittels einer Untersuchung des Kindes zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche ist es möglich, Kinder mit hohem Risiko für eine chromosomale Erkrankung (z.B. Trisomie 21, 13 oder 18) zu erfassen.

Diese Untersuchung besteht aus einer Ultraschalluntersuchung sowie der Bestimmung eines schwangerschaftsspezifischen Hormons (freies β -HCG) und eines Proteins (PAPP-A).

Bei der Ultraschalluntersuchung erfolgt die Messung der Nackentransparenz (NT) des Kindes. Als Nackentransparenz bezeichnet man die Flüssigkeitsansammlung unter der Haut im Bereich des kindlichen Nackens. Bei vermehrter Ansammlung von Flüssigkeit erhöht sich das Risiko einer kindlichen chromosomalen Erkrankung. Durch Messung der beiden oben genannten Blutparameter bei der Mutter und computerunterstützter Auswertung ist die Berechnung des Risikos für ein Kind mit obigen Trisomien möglich.

Das Ergebnis entspricht keiner exakten Diagnostik, vielmehr einer Risikoberechnung. In Abhängigkeit von der Höhe des Risikos wird dann über das weitere Vorgehen entschieden, wie eine weiterführende sonographische Diagnostik oder evtl. die Durchführung einer Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasseruntersuchung.

Die vorliegende Untersuchung ist nicht Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge, so dass die Krankenkassen die Kosten für diese Untersuchung nicht übernehmen und diese von der Patientin selbst getragen werden müssen.

Kosten:

Versand der Probe und Befundbrief	10,77 €
Biochemische Bestimmung von PAPP-A und freiem β -hCG und computerunterstützte Risikoberechnung	41,97 €
gesamt:	52,74 €

Für Privatpatientinnen:

Die für diese Untersuchung entstehenden Kosten werden mir nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet.

Erklärung der Patientin:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Möglichkeiten und Grenzen der aufgeführten Untersuchung verstanden habe und meine Fragen zur Zufriedenheit beantwortet wurden. Ich wünsche die Durchführung der Diagnostik.

Datum/Unterschrift Patientin

Datum/Unterschrift aufklärender Arzt