

Fragen für die Risikoberechnung für Trisomie 21, 18 und 13 Pat.ID: _____

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:

Vorherige Schwangerschaft(en):

- vorherige Schwangerschaft mit Präeklampsie nein ja
(Schwangerschaftsvergiftung)?

- vorherige Schwangerschaft mit fetaler Wachstumsretardierung nein ja
(niedriges Geburtsgewicht unter 2500g am Termin) **Gewicht**

.....
- vorherige Schwangerschaft mit Chromosomenanomalie nein ja
Trisomie 21, 18, oder 13, andere Syndrome?

Besteht bei Ihnen folgende Erkrankung:

-Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), welcher Typ? nein ja
Typ

- Hypertonie (Bluthochdruck) nein ja

-Systemischer Lupus erythematodes nein ja
(Autoimmunerkrankung des rheumatischen Formenkreises mit Entzündung der Haut
(Schmetterlingsflechte)

-Antiphospholipid Syndrom nein ja
(Autoimmunerkrankung mit Thrombose oder Gerinnungsstörung)?

Familienanamnese:

Hatte Ihre Mutter eine Präeklampsie nein ja
(Schwangerschaftsvergiftung)?

Cottbus, den
.....
Unterschrift Schwangere

Schweigepflichtentbindungserklärung für das Labor MVZ Wagnerstibbe

Ich, Frau
Name Vorname Geburtsdatum

wurde darüber informiert, dass die Frauenärztin Khamlane Yinnavong, um meine ärztliche Untersuchung umfassend abzubilden, die Einschaltung einer weiteren medizinischen Einrichtung für erforderlich hält. Bei dieser medizinischen Einrichtung handelt es sich um:

amedes Medizinische Dienstleistung GmbH

MVZ Wagnerstibbe

Werner-von-Siemens-Straße 8-10
37077 Göttingen

An das MVZ Wagnerstibbe müssen personenbezogene Patientendaten weitergeleitet werden, um den von Ihnen erteilten ärztlichen Behandlungsauftrag zulässig fach- und sachgerecht auf dem Stand heutigen, gesicherten ärztlichen Wissens und wissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Kunst und Könnens durchführen zu können.

Ich stimme der Weitergabe meiner personenbezogenen Patientendaten an das MVZ Wagnerstibbe zu. Ferner würde ich informiert, dass die Abrechnung der laborärztlichen Leistung durch das medical care GmbH, Werner-von-Siemens-Str. 8-10, 37077 Göttingen, als ärztliche Verrechnungsstelle erfolgt.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Patientendaten an die medical care GmbH zum Zwecke der sachgerechten Abrechnung (Einziehung und ggf. Geltendmachen der ärztlichen Honorarforderung) durch diese. Die personenbezogenen Daten dürfen nur im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht sowie der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen verarbeitet und genutzt werden.

Ich habe diese Schweigepflichtentbindungserklärung inhaltlich verstanden, erkläre diese Einwilligung freiwillig und wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Cottbus, den
.....
Unterschrift Schwangere