

**Fragen für die Risikoberechnung für Trisomie 21, 18 und 13 und Präeklampsie**

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

**Vorherige Schwangerschaft(en):**

- vorherige Schwangerschaft mit Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung)?  nein  ja
- vorherige Schwangerschaft mit erhöhtem Risiko für Präeklampsie vor 37. SSW?  nein  ja
- wenn ja, derselbe Kindsvater/Partner wie in vorangegangener Schwangerschaft?  nein  ja
- vorherige Schwangerschaft mit fetaler Wachstumsretardierung?  nein  ja
(niedriges Geburtsgewicht unter 2500g am Termin) Gewicht ..... g in ..... SSW
- 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 erythematoses  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 oder erhöhtes Risiko dafür?  nein  ja

Cottbus, den .....
Unterschrift Schwangere

**Schweigepflichtentbindungserklärung für das Labor MVZ Wagnerstibbe**

Ich, Frau .....
Name Vorname Geburtsdatum

wurde darüber informiert, dass die Frauenärztin Khamlane Yinnavong Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Marienstr. 27, 03046 Cottbus, 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.

Ferner stimme ich der Weiterleitung meiner personenbezogenen Patientendaten und Daten über den Ausgang dieser Schwangerschaft sowie Information über den Gesundheitszustand des zukünftig geborenen Kindes durch meine(n) betreuende(n) Frauenarzt/Frauenärztin ..... an die Frauenärztin Khamlane Yinnavong und an das MVZ Wagnerstibbe zu.

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

Mit meiner Unterschrift lehne ich sowohl die Bultentnahme als auch die Laboranalyse ab.

Cottbus, den .....
Unterschrift Schwangere