

Merkblatt für das First-Trimester-Screening

Sehr geehrte Frau

in der 12. – 14. Schwangerschaftswoche kann die Nackentransparenz (Flüssigkeitsansammlung im Nackenbereich) des Feten gemessen werden. Eine Vergrößerung dieses Bereiches kann ein Hinweis auf eine Chromosomenstörung, einen Herzfehler oder eine andere angeborene Erkrankung des Kindes sein.

Aber auch gesunde Kinder können eine vergrößerte Nackentransparenz haben.

Es gilt: Je größer die Nackentransparenz, desto höher ist das Risiko einer fetalen Fehlbildung. Die zusätzliche Bestimmung von 2 Substanzen im mütterlichen Blut (freies β -HCG und PAPP A = Biochemie) erhöht die Sicherheit der Untersuchung.

Die Genauigkeit der Risikoabschätzung beim First-Trimester-Screening liegt bei ca. 90 %.

Ein sicherer Ausschluss einer Chromosomenfehlbildung beim Kind kann nur durch die Chorionzottenbiopsie (ab der 11. SSW) oder durch die Fruchtwasseruntersuchung (ab der 14. SSW) erreicht werden.

Es gibt die Möglichkeit der Untersuchung von kindlichem Erbmaterial in mütterlichem Blut, den Nicht Invasiven Pränataltest (NIPD). Dieser Test ersetzt allerdings nicht den frühen Fehlbildungsschall des Kindes.

Weitere Aufklärung erhalten Sie durch uns.

Bitte bedenken Sie, dass diese Untersuchungen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind und privat bezahlt werden müssen.

Ich wurde in dem Aufklärungsgespräch ausführlich über die geplanten Untersuchungen informiert.

Alle wichtigen Fragen über Art und die Bedeutung der Untersuchung wurden besprochen und mir verständlich beantwortet.

Ich fühle mich gut informiert, habe keine weiteren Fragen und willige in die Untersuchung ein.

Ich benötige keine weitere Bedenkzeit.

Mit der Weiterleitung der Untersuchungsproben zur Analyse durch ein spezialisiertes Labor erkläre ich mich einverstanden.

Mir ist bewusst, dass eine Screening-Untersuchung Befunde hervorbringen kann, die eine Konfliktsituation verursachen können.

Widerruf:

Ich kann sämtliche oder Teile meiner Einwilligung/en jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich habe das Recht, das Ergebnis der Untersuchung oder Teile davon nicht zur Kenntnis zu nehmen und vernichten zu lassen.

Bereits entstandene Kosten können nicht zurückgefordert werden.

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Ärztin

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam