

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anforderungsschein

Pränatale Diagnostik



Tages-Nr. intern!

Versicherung:

<input type="checkbox"/> Gesetzlich (bitte Muster 10 Ü-Schein beifügen!)	<input type="checkbox"/> Privat (Kostenvoranschläge auf Anfrage)
<input type="checkbox"/> Stationär	<input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender <input type="checkbox"/> Selbstzahler*in

Entnahmedatum: _____

Material (bitte mütterliches EDTA-Blut beilegen):

Fruchtwasser (8-15 ml, erweiterte Diagnostik 15-20 ml) Menge: _____ Chorionzotten (10-15 mg Zottengewebe, erweiterte Diagnostik > 15 mg)

Nabelschnurblut (Heparin) Mütterliches EDTA-Blut Abortgewebe

Nabelschnurblut (EDTA) Väterliches EDTA-Blut

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Angaben zur/m Patient*in

SSW rechnerisch: _____ Anzahl der Feten: _____ Sonographisches Geschlecht: männlich weiblich

SSW nach Ultraschall: _____ wenn Mehrlingsschwangerschaft: monochorial dichorial monoamniot diamniot

Gravida: _____ Para: _____ Konsanguinität der Eltern: nein ja: _____

Konzeption: Eizellspende IVF/ICSI spontan Ethnische Herkunft: _____

ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG (Zytogenetik/Molekulargenetik):

Chromosomenanalyse AFP (FW) fetaler Rhesus-Faktor

Pränataler Schnelltest ACHE (FW)
(mittels STR, Aneuploidie 13,18,21,X,Y)

(Trio-)Exom-Analyse (bei Trio bitte auch väterliches EDTA-Blut beilegen)

Array-Analyse FISH für die Chromosomenregion _____

Einzelgen-Analyse: _____ (bitte Befunde beilegen)

Sonstiges _____

Indikationen (bitte Ultraschallbefund und ggf. genetische Befunde beilegen):

auffälliger NIPT: maternales Alter

auffälliges ETS Mutter/ Vater Überträger einer Chromosomenveränderung (bitte Befunde beilegen)

auffällige NT: _____ mm Mutter/ Vater Überträger einer monogenen Erkrankung (bitte Befunde beilegen)

auffällige Biochemie vorausgegangene Schwangerschaft mit einem auffälligen genetischen Befund (bitte Befund beilegen)

Sonstige Angaben/Familienanamnese (bitte ggf. Befunde beilegen): _____

Gibt es genetische Vorbefunde? nein ja (bitte Vorbefunde möglichst in Kopie mitsenden)

Ultraschallbefund beiliegend nein ja

Name, Vorname aufklärende/r Ärzt*in (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

✗ Unterschrift aufklärende/r Ärzt*in

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur genetischen Diagnostik (nach Gendiagnostikgesetz; GenDG)

Die angeforderten Analysen unterliegen dem GenDG. Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung stimme ich der o.g. genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des GenDG zu. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner Ärztin/meinem Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen kann, als auch eine genetische Beratung in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung.

Mit der Nutzung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern bin ich einverstanden: ja nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung der Probe in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung und/oder für wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden. ja nein

Falls erforderlich bin ich mit der Weiterleitung der Probe und der dazu gehörenden Daten an ein anderes spezialisiertes medizinisches Labor einverstanden. ja nein

Ich wünsche die Weiterleitung meiner Befunde an meine/n mitbehandelnde/n Ärzt*in:

Name Ärzt*in (in Druckbuchstaben): _____ Telefonnummer für Rückfragen: _____

Praxis-Anschrift (in Druckbuchstaben): _____

Nur bei Privatpatient*innen

Mir ist bekannt, dass die für die Abrechnung notwendigen Daten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle übermittelt werden können.

Mir ist bekannt, dass ich die Kosten für die o.g. Untersuchung selbst trage, wenn diese nicht von meiner Versicherung übernommen werden.

In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht im direkten Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen (sog. Zufallsbefunde), jedoch eine klinische (Behandlungs-)Konsequenz für Sie selbst, für Ihre Nachkommen bzw. weitere Familienmitglieder haben können. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von genetischen Zufallsbefunden besteht nicht. Über klinisch relevante Zufallsbefunde möchte ich informiert werden:

Fet	Mutter	Vater
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Bei fehlender Angabe werden Zufallsbefunde nicht mitgeteilt.

Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum ✗ Unterschrift Patient*in / gesetzliche/r Vertreter*in

Ort, Datum ✗ Unterschrift Vater ✗ Unterschrift Mutter (nur bei Mituntersuchung)

Adresse für Probenzusendung

MVZ Institut für Labormedizin und Klinische Genetik Rhein/Ruhr GmbH
Willy-Brandt-Platz 4
45127 Essen
Telefon 0201.74 776 0
Telefax 0201.74 776 90

Genetische Sprechstunden

Sie können sich kostenfrei unter folgender Telefonnummer für einen Sprechstundentermin anmelden:
0800.444 36 38

Genetische Sprechstunden bieten wir an folgenden Standorten an:
Bad Münde · Berlin · Bonn · Dortmund · Düsseldorf · Essen · Frankfurt
Göttingen · Halle (Saale) · Hamburg · Hannover · Kassel · Koblenz
Münster · Oberhausen · Wuppertal

Weitere Informationen unter www.amedes-genetics.de

Anforderungsschein unter:



www.amedes-genetics.de/service/downloads