

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



Ärztliche Leitung :
Dr. med. Bernt Schulze
 Facharzt für Humangenetik

Vom **Labor** auszufüllen

Befund auch an Patientin?
 ja nein
 mit Geschlechtsangabe?
 ja nein
 Tel.-Nr. der Patientin: _____

Eingang: _____
 Fallnr.: _____
 TA: _____
 Beratungsnr.: _____

Name des Vaters des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anforderung zur Pränatalen Diagnostik (Einschl. Beurteilung nach den Leitlinien des BVDH e.V.)

Cytogenetische Diagnostik aus Amnionzellen Chorionzotten Fetalblut (incl. HbF-Test)

Pränataler Schnelltest (Fluoreszenz-in situ-Hybridisierung (FISH) an unkultivierten Fruchtwasserzellen):
 kein Kombi-Sonden (Chromosomen 13,18,21,X,Y) als IGE-Leistung Indikationsbezogen nach Rücksprache

Biochemische Diagnostik AFP ACHE

Molekulargenetische Diagnostik Rh-Faktor-Bestimmung Sonstige (bitte nähere Angaben): _____

Angaben zu vorherigen Schwangerschaften:

Zahl der bisherigen Schwangerschaften: _____ Anzahl der Kinder: _____ davon Töchter: _____ Söhne: _____

Besonderheiten: _____

Angaben zur jetzigen Schwangerschaft:

Blutgruppe: _____ Anti-D: ja nein **Ultraschall am Tag der Punktion :**

Entbindungstermin (ET): **SSW rechn.:** **korrigierter ET:** _____ **SSW n.US:** _____

Indikationsstellung: Alter: auff. Ersttrimester-Screening: _____ auff. Triple-Test: _____

NT-Messung: _____ mm weitere US-Auffälligkeiten (bitte nähere Angaben): _____ Chromosomenstörungen / Fehlbildungen in der Familie (bitte nähere Angaben): _____

Sonstiges (z.B.: Medikamente): _____

Angaben zur Punktion: Entnahmedatum: _____ **Uhrzeit:** _____

1. Fruchtwassermenge: _____ ml **2. Chorion:** _____ mg **3. Fetalblut:** _____ ml

blutig? ja nein Zahl der Insertionen: _____

Patientin: Mit der vorgeburtlichen Chromosomenanalyse aus Fruchtwasser (einschl. Ausschluss Neuralrohrdefekt) / Chorionzotten / Nabelschnurblut sowie der Aufbewahrung der zur Analyse herangezogenen Objektträger gemäß den gesetzlichen Bestimmungen bin ich einverstanden.

-Mitteilung Ergebnisse, Befunde auch an Partner , behand. Gynäkologen , weitere Personen: _____

-Mit zusätzlich erforderlichen Untersuchungen (z.B. molekular-cytogenetisch / molekulargenetisch) zur Klärung auffälliger Befunde oder im Zusammenhang mit der angegebenen familiären Erkrankung, auch in einem Fremdlabor, bin ich einverstanden. Wird das Untersuchungsmaterial oder DNA aus der Probe nicht für zusätzliche Untersuchungen benötigt, wird es nach der Untersuchung sofort vernichtet mit Ausnahme der zur Befunderstellung gefärbten Objektträger. Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial nach Anonymisierung zu Validierungszwecken weiter verwendet wird.

-Mit der Hinzuziehung der in der Praxis beschäftigten Biologen als Sachverständige zur Unterstützung der Fachärzte für Humangenetik auch zur Analyse und Befundmitteilung an mich und/oder an von mir autorisierte Personen, bin ich einverstanden.

-Der Widerruf dieser Einwilligung ist möglich. Die Verpflichtung zur Kostenübernahme / Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen bleibt davon unberührt.

_____ Ort / Datum _____ Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter

Ärztin/Arzt: Mir liegt die Unterschrift der Patientin zur Einwilligung aller oben genannten Punkte vor.

_____ Ort / Datum _____ Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin:	Einsendende(r) Arzt/Ärztin:
------------------------------------	------------------------------------

**ätzliche Informationen
 siehe umseitig**