

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

Institut für Klinische Genetik Bonn

Dr. med. Nicolai Kohlschmidt

Facharzt für Humangenetik – Medizinische Genetik
 Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Maximilianstraße 28d, 53111 Bonn

Tel: 02 28/969 68 67-0

info@genetik-bonn.de

Fax: 02 28/969 68 67-6

www.genetik-bonn.de

Auftragsformular Pränatale Diagnostik

Einsender (Stempel)/ Fax.

- Überweisungs-Schein liegt bei
- Stat. Patient, Rechnung an Klinik
- Selbstzahler, Rechnung an Patientin
- IGeL-Leistung, siehe Rückseite

Unterschrift _____

Ansprechpartner/Tel. _____

Entnahmedatum	Material
	<input type="radio"/> Fruchtwasser <input type="radio"/> gelb <input type="radio"/> frischblutig (Heparinzusatz!) <input type="radio"/> altblutig <input type="radio"/> Chorionzotten <input type="radio"/> Abortmaterial: _____ <input type="radio"/> Fetales Gewebe
Weitere Angaben zur Patientin	
Betreuender Frauenarzt: _____	
Erster Tag letzte Regel: _____ SSW nach US: _____ Gravida: _____ Geburten: _____ Fehl-/Totgeburten: _____	
Ethn. Herkunft: _____ <input type="radio"/> Zwillinge <input type="radio"/> monochorial <input type="radio"/> dichorial	
Indikation	
<input type="radio"/> Alter <input type="radio"/> auffälliges Erst-Trimester-Screening <input type="radio"/> Klinische Befunde/auffälliger Ultraschallbefund: _____ <input type="radio"/> Familienanamnese: _____	

Untersuchungsauftrag

Chromosomen-Analysen	Molekulargenetische Analyse	
<input type="radio"/> Chromosomen-Analyse (Karyotypisierung) <input type="radio"/> FISH-Darstellung folgender Chromosomenregion: _____	Befunde des Index-Falls und 5ml mütterliches EDTA Blut beilegen! <input type="radio"/> _____	
Deletions-/Trisomieanalysen Schnelltest	Schnelltest	
<input type="radio"/> Trisomie 13/18/21/X/Y <input type="radio"/> DiGeorge-Syndrom (22q11.2) <input type="radio"/> Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23) <input type="radio"/> _____ _____	Medizinisch indiziert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Chromosom 21 <input type="radio"/> Chromosom 13/18 Gonosomen X/Y	Trisomie-Schnelltest persönlich gewünscht (IGeL) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nur Chromosom 21 <input type="radio"/> Chromosom 13, 18, 21, X, Y Geschlechtsmitteilung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Für Abortuntersuchungen bitte keine Zusätze zum Material, nur bei sehr trockenem Gewebe evtl. Zusatz von Kochsalzlösung, Aufbewahrung bis zur Abholung bei 4°C.

Bitte Überweisungsschein Muster 10. **Ihr Labor-Budget wird nicht belastet.**

Einverständniserklärung auf der Rückseite bitte beachten!

Tel. Auskünfte, Anforderung von Versandmaterial und Kurierdienstanforderung in Eilfällen: 02 28/969 68 67-0

wird vom Labor ausgefüllt
Eing.-Datum
Eingangs-Nr.

Einverständniserklärung für eine vorgeburtliche genetische Untersuchung

(Nichtzutreffendes bzw. Nichtgewünschtes bitte streichen)

Ich bin in einem ausführlichen Beratungsgespräch gemäß § 15, Abs. 3 GenDG

von Frau/Herrn Dr. _____
über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten Untersuchung und deren möglichen Ergebnisse/Konsequenzen aufgeklärt worden. Mir sind die gesundheitlichen Risiken der hierfür notwendigen Probenentnahme(n) bewusst.

Alternativ:

- Ich verzichte nach Kenntnisnahme der schriftlichen Information über die Beratungsinhalte gemäß § 10, Abs. 2 GenDG auf eine Beratung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir entnommene Proben auf genetische Veränderungen, bezogen auf vorderseitige Angaben, untersucht werden.

Mit der Aufbewahrung von überschüssigem Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bin ich einverstanden, ich übereigne das nach Abschluss der Analyse(n) verbleibende Untersuchungsmaterial hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchführt.

Das überschüssige Material darf für wissenschaftliche Zwecke

- verwendet werden
 nicht verwendet werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass alle Ergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Die Befundmitteilung darf gemäß Gendiagnostik Gesetz vom untersuchenden Labor ausschließlich an die/den einsendende/n Ärztin/Arzt erfolgen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

- Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten

Ort/Datum Unterschrift der Patientin

- Die Beratung vor pränataler Diagnostik gemäß § 15, Abs. 3 GenDG erfolgte durch:

Datum der Beratung Name der/des genetisch beratenden Ärztin/Arztes (bitte leserlich angeben)

Ort/Datum Unterschrift Ärztin/Arzt

Trisomie-Schnelltest

Der Schnelltest aus DNA kann in den meisten Fällen eine Trisomie der Chromosomen 21 (Down-Syndrom), 18 (Edwards-Syndrom) sowie 13 (Patau-Syndrom) innerhalb von 8 – 12 Arbeitsstunden nachweisen und damit insbesondere das so genannte „Altersrisiko“ weitgehend ausschließen. Er ist nicht zur Erfassung anderer, seltenerer, Chromosomenstörungen geeignet. Deshalb ist eine zusätzliche konventionelle zytogenetische Untersuchung der Fruchtwasserprobe immer erforderlich. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten des Schnelltests nicht. Bei Anforderung des Schnelltests ohne medizinische Indikation berechnen wir Ihnen für die Untersuchung des Chromosoms Nr. 21 EUR 88,34 und für die Untersuchung der Chromosomen 13, 18, 21 sowie X und Y EUR 164,78.

Hinweis: Das Geschlecht des Fetus wird erst nach der vollendeten 14. Schwangerschaftswoche mitgeteilt.

- Ich wünsche den Schnelltest der Chromosomen 21 bzw. 13, 18, 21, X und Y und werde die Kosten übernehmen.

Ort/Datum Unterschrift der Patientin