Auftrag für pränatale zytogenetische u. molekulargenetische Diagnostik

Patientendaten (ggf.Aufkleber):

Name Vorname

geb. ☐ männlich ☐ weiblich

Straße

PLZ Ort

MVZ Clotten
Labor Dr. Englert, Dr. Raif & Kollegen
www.labor-clotten.de

MVZ CLOTTEN

Deutscher Akkreditierungs Rat
DAR
DAC-ML-0057-98-04

Humangenetik
Dr. Schulte-Vallentin
Bismarckallee 10
79098 Freiburg
Tel./Fax: 0761 - 31905-954/ -955
M.Schulte-Vallentin@labor-clotten.de

Angaben zu Abrechnung Humangenet. Leistungen belasten NICHT das Laborbudget des anforderenden Arztes (EBM Kap.11)

☐ Selbstzahler stationär (Rechnung an Patient) ☐ Krankenkasse **bitte Ü-Schein 6 (gelb) beilegen**
☐ Selbstzahler ambulant (Rechnung an Patient ☐ Rechnung an Einsender/Klinik

Untersuchungsmaterial (bitte nicht gefroren oder gekühlt versenden. Substrat in der Spritze belassen)**:**

☐ Fruchtwasser: ..... ml Farbe: ☐ gelblich ☐ frischblutig (auf 1 ml 50 IE Heparin zusetzen) ☐ altblutig

☐ Nabelschnurblut (auf 1 ml 50 IE Heparin zusetzen)

☐ Chorionzotten: ..... mg ☐ typisch ☐ untypisch

☐ Abortmaterial/ ☐ embryonales / fetales Gewebe ☐ Gewebe vorbehandelt (Fixativ/Paraffin mit 3-5 µ Schnitten)

Datum der Entnahme: ggf. Uhrzeit:

Weitere Angaben zur Patientin:

Erster Tag letzter Regel: SSW nach US: ☐Gemini ☐monochorial ☐monoamnial
Gravida: Para: Fehl-/Totgeburten:

Indikation

☐ Alter ..... Jahre
☐ erhöhtes Risiko im ☐ 1.TS für ☐ Tris 21 ☐ Tris 18 ☐ Tris 13 ☐ anderes Screening
☐ US-Auffälligkeit ☐ NT erhöht
☐ sonstige Gründe
☐ Ergebnisse/ Befunde von Voruntersuchungen/Familienanamnese (ggf. Kopien beilegen)

ggf. auch Rückseite benutzen →

Angeforderte Untersuchungen

☐ Chromosomen- +AFP-Bestimmung aus Fruchtwasser
☐ Schnelltest –FISH (Zahlabweichungen der Chromosomen 13; 18; 21; X und Y)
☐ Gewebezellkultur und FISH
☐ molekulargenetische Diagnostik aus Fruchtwasser bitte genau benennen:
☐ Blut der Eltern für zytogenet. Diagnostik (5 ml Lithiumheparin-Monovette)
☐ Blut der Eltern für molekulargenet. Diagnostik (10 ml EDTA) bitte genau benennen:

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkasse (GKV)

☐ Ich wünsche den Schnelltest als IGeL-Leistung..... .....
(wird von der GKV nicht erstattet) Datum Unterschrift der Patientin

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden: Frau/Herr Dr.:

Einverständnis der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters (Voraussetzung für die Untersuchung gemäß GenDG)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt wurde, ich der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zustimme, mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde und ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann (Übereignungsverfügung nach §950 BGB), dass ggf. der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird und dass die Untersuchungsergebnisse über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden können.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort/ Datum	Unterschrift der Patientin bzw. deren (gesetzlichen) Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt Name in Druckschrift oder /und Stempel

© MVZ Clotten 1. Auflage Januar 2010

Formularabruf von unserer Homepage www.labor-clotten.de