Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Praxisanschrift/-stempel

Auftragsnummer Labor

Zusätzliche Anforderungen:

☐ w

☐ **Schwangerschaft:** Woche ..... + Tag .....

MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR
Gerwigstraße 67
76131 Karlsruhe
Tel.: 0721-85000-0
Fax: 0721-85000-199
www.laborvolkmann.de

Abrechnungsmodus:

☐ Arzt und Labor zusammen über PVS ☐ Arzt und Labor getrennt

Anforderungsschein für den fetalen RF und NIPT

Größe (Mutter): _____ cm Gewicht (Mutter): _____ kg

☐ Einlingsschwangerschaft ☐ Zwillingsschwangerschaft ☐ Wiederholung d. Analyse

fetaler Rhesusfaktor

wichtige Hinweise:
- Untersuchung ist ab der SSW 11+0 möglich
- Empfelung ab der SSW 20+0
- nur bei Einlingsschwangerschaft durchführbar
- Angabe der SSW ist zwingend erforderlich
- Lagerung und Transport bei 4°C bis 25°C

Blutgruppe und Rh(D) (Mutter). _____

Material: 7,5ml EDTA-Blut Monovette ohne Trenngel

☐ Rhesusfaktor, fetal

Nicht invasiver Pränataltest

wichtige Hinweise:
- Untersuchung ist ab der SSW 9+0 möglich
- nur bei Ein- und Zwillingsschwangerschaft durchführbar
- wird von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet, wenn ein Hinweis auf Trisomie vorliegt und/ oder mit dem Arzt die Überzeugung zur Notwendigkeit gegeben ist
- Lagerung und Transport bei 4°C bis 25°C

Material: Streck-Monovette

	Kosten (IGeL)
☐ NIPT auf Trisomie 21, 18 und 13	199,00 €
☐ auf Trisomie 18 und 13 OHNE 21	199,00 €
☐ + Geschlechtsbestimmung* (nur IGeL)	17,49 €
☐ + Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen X und Y** (nur IGeL)	34,98 €

*Das fetale Geschlecht darf in Deutschland gemäß §15 Abs. 1 GenDG der Schwangeren mit ihrer Einwilligung nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche nach Empfängnis (p.c.) mitgeteilt werden.

**nicht bei Zwillingsschwangerschaft durchführbar

0001 1190 00