



0001 1175 01



vname name

Einsender: &lt;eins&gt;

**Anforderungsschein für den fetalen RF und NIPT** Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_ + Tag \_\_\_\_\_

Größe (Mutter): \_\_\_\_\_ cm

Gewicht (Mutter): \_\_\_\_\_ kg

 Einlingsschwangerschaft  Zwillingschwangerschaft Wiederholung d. Analyse**fetaler Rhesusfaktor**

- wichtige Hinweise:
- Untersuchung ist ab der SSW 11+0 möglich
  - Empfehlung 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 Zwillingschwangerschaft 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)

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> NIPT auf Trisomie 21, 18 und 13                                     | 199,00 € |
| <input type="checkbox"/> auf Trisomie 18 und 13 OHNE 21                                      | 199,00 € |
| <input type="checkbox"/> + Geschlechtsbestimmung** (nur IGeL)                                | 17,49 €  |
| <input type="checkbox"/> + Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen X und Y*** (nur IGeL) | 34,98 €  |

Anamnese:  
(bitte ankreuzen)

- maligne Erkrankung  Vanishing Twin  
 Chirurgischer Eingriff  IVF-Schwangerschaft\*  
 Bluttransfusion  Organtransplantation  
 Immun-/Stammzellentherapie

\*\*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 Zwillingschwangerschaft durchführbar

\*Falls IVF: Alter bei Entnahme: \_\_\_\_\_

Einwilligungserklärung auf der RÜCKSEITE - bitte beachten

## Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien

Ich bestätige, dass vorne genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde.

Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern Barcode-Nummer auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig über Namen und das Geburtsdatum auf dem Röhrchen und Formular identifizierbar ist.

Bei Abrechnung über GKV: NIPT hinsichtlich fetaler Trisomien ist im individuellen Fall indiziert.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Arzt/ Ärztin) \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde der Analysen auch an weitere Ärzte/Personen geschickt werden.

Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, dass ich von der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand nehmen kann (Recht auf Nichtwissen), dass ich das eingeleitete Untersuchungsverfahren jederzeit stoppen oder die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann.

nein Ich bin 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.

nein Mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und Befundberichte über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Patient/in / Erziehungsberechtigte/r) \_\_\_\_\_

Unterschrift (Arzt/ Ärztin) \_\_\_\_\_



0001 1179 00  
Seite 2