

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

Praxisanschrift/-stempel	Auftragsnummer Labor	
	<b>MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR</b> Gerwigstraße 67 76131 Karlsruhe Tel.: 0721-85000-0 Fax: 0721-85000-199 www.laborvolkmann.de	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> w	<b>Abrechnungsmodus:</b> <input type="checkbox"/> Arzt und Labor zusammen über PVS <input type="checkbox"/> Arzt und Labor getrennt	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft (p.m.): Woche ..... + Tag .....		

## Anforderungsbogen für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) GYNÄKOLOGIE - NIPT

Praxisleistungen		
Leistung	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> 1. Beratung <10 Min.	1	10,72
<input type="checkbox"/> 1. Beratung >10 Min.	3	20,11
<input type="checkbox"/> 2. Beratung <10 Min.	1	10,72
<input type="checkbox"/> 2. Beratung >10 Min.	3	20,11
<input type="checkbox"/> Humangenetische Beratung	21	48,26
<input type="checkbox"/> Ausführliche Befunderörterung	34	40,22
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	4,20
<input type="checkbox"/> Ultraschall Schwangerschaft	415	40,22
<input type="checkbox"/> US-Zuschlag transkavitär	403	15,74
<input type="checkbox"/> Fehlbildungs-Ultraschall	1006	110,75
<input type="checkbox"/> Abstrich (Mikrobiologie)	298	5,36
<input type="checkbox"/> Abstrich (Zytologie)	297	6,03
<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____		

Nicht invasiver Pränataltest	
wichtige Hinweise:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Untersuchung ist ab der SSW 9+0 (p.m.) möglich</li> <li>● nur bei Ein- und Zwillingschwangerschaft durchführbar</li> <li>● Lagerung und Transport bei 4°C bis 25°C</li> </ul>
Größe (Mutter:)	_____ cm    Gewicht (Mutter:)
	_____ kg
<input type="checkbox"/> Einlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/> Zwillingschwangerschaft <input type="checkbox"/> Wiederholung d. Analyse
Anamnese: (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> maligne Erkrankung <input type="checkbox"/> Vanishing Twin <input type="checkbox"/> Organtransplantation <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff <input type="checkbox"/> Bluttransfusion <input type="checkbox"/> Immun-/Stammzellentherapie <input type="checkbox"/> IVF-Schwangerschaft*    *Falls IVF: Alter bei Entnahme: _____
<b>Material: Streck Cell-Free DNA BCT</b>	<b>Kosten (IGeL)</b>
<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 €

Gesamthonorar der individuellen Gesundheitsleistungen	
Gesamtkosten Labor	_____ Euro
§10 Ersatz von Auslagen (GOÄ)	4,25 Euro
Beratungshonorare	_____ Euro
Sonstige Praxisleistungen	_____ Euro
<b>Summe:</b>	_____ Euro

\*\*Das fetale Geschlecht darf in Deutschland gemäß §15 Abs. 1 GenDG der Schwangeren mit ihrer Einwilligung nach Ablauf der 14. Schwangerschaftswoche (p.m.) mitgeteilt werden.  
 \*\*\*nicht bei Zwillingschwangerschaft durchführbar

**Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien**  
 Ich bestätige, dass oben 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 und Unterschrift der Patientin

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

**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.

ja     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.

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

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum und Unterschrift der Patientin

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

**Einverständniserklärung** (Dienstleistungsvertrag)  
 Ich wurde darüber informiert, dass die hier aufgeführten ärztlichen Leistungen unter den vorliegenden Gegebenheiten nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der angeforderten Leistungen selbst bezahlen. Die Gebühren werden auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Unterlagen an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest Mannheim weitergeleitet werden und dass die Honorarforderungen der beteiligten Ärzte zum Einzug an diese Verrechnungsstelle übergeben und abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden der beratenden Ärztin / dem beratenden Arzt zugestellt.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum und Unterschrift der Patientin

