

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Praxisanschrift/-stempel

Geschlecht: w

☐ Schwangerschaft (p.m.):

Woche + Tag

Auftragsnummer Labor

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

Anforderungsbogen für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) GYNÄKOLOGIE - NIPT

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

Nicht invasiver Pränataltest

wichtige Hinweise:

● Untersuchung ist ab der SSW 9+0 (p.m.) möglich

● nur bei Ein- und Zwillingsschwangerschaft durchführbar

● Lagerung und Transport bei 4°C bis 25°C

Größe (Mutter:)

_____ cm

Gewicht (Mutter:)

_____ kg

☐ Einlingsschwangerschaft

☐ Zwillingsschwangerschaft

☐ Wiederholung d. Analyse

Anamnese: (bitte ankreuzen)

☐ maligne Erkrankung

☐ Vanishing Twin

☐ Organtransplantation

☐ Chirurgischer Eingriff

☐ Bluttransfusion

☐ Immun-/Stammzellentherapie

☐ IVF-Schwangerschaft*

*Falls IVF: Alter bei Entnahme: _____

Material: Streck Cell-Free DNA BCT

☐ NIPT auf Trisomie 21, 18 und 13

☐ auf Trisomie 18 und 13 OHNE 21

☐ + Geschlechtsbestimmung** (nur IGeL)

☐ + Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen X und Y*** (nur IGeL)

Kosten (IGeL)

199,00 €

199,00 €

17,49 €

34,98 €

Gesamthonorar der individuellen Gesundheitsleistungen

Gesamtkosten Labor

_____ Euro

Versand/ Verwaltungspauschale

4,25 Euro

Beratungshonorare

_____ Euro

Sonstige Praxisleistungen

_____ Euro

Summe:

_____ 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 Zwillingsschwangerschaft 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

0001 1204 00

IGEL_NIPT_20230123_ID0001120400 BelegTyp:1204 Version:0