

Überweisungsschein für Laboratoriums-
untersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ



Präventiv

bei belegärztl.
BehandlungUnfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung
bekannte InfektionBehandlung
gemäßeingeschränkter
Leistungsanspruch☐ § 116b
SGB V☐ gemäß § 16
Abs. 3a SGB V☐ Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

☐ Befundübermittlung
eilt, nachrichtlich anTelefon
Nr. _____Fax
Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Verbindliches Muster

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen



0001 1188 01



vname name

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Einsender: <eins>

Muster 10 (1.2012)

Anforderungsschein für den nicht-invasiven Pränataltest (NIPT)

☐ Schwangerschaftswoche (p.m.) _____ + Tag _____ Größe (Mutter): _____ cm Gewicht (Mutter): _____ kg☐ Einlingsschwangerschaft ☐ Zwillingschwangerschaft☐ Wiederholung d. Analyse

wichtige Hinweise:

- Untersuchung ist ab der SSW 9+0 (p.m.) 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 Cell-Free DNA BCT

Kosten (IGeL)

☐ NIPT auf Trisomie 21, 18 und 13☐ auf Trisomie 18 und 13 OHNE 21☐ + Geschlechtsbestimmung** (nur IGeL)

17,49 €

☐ + Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen

34,98€

X und Y*** (nur IGeL)

**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

Anamnese:
(bitte ankreuzen)

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

*Falls IVF: Alter bei Entnahme: _____

- bitte RÜCKSEITE 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.

☐ 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 _____ Unterschrift (Patient/in / Erziehungsberechtigte/r) _____

Unterschrift (Arzt/ Ärztin) _____

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 _____ Unterschrift (Patient/in / Erziehungsberechtigte/r) _____



0001 1179 00
Seite 2