

|                                                                                                                                                                                                          |                  |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                                                                                                                                                                           |                  | <b>MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen SE &amp; Co. eGmbH</b><br>Gerwigstr. 67, 76131 Karlsruhe<br>Telefon (07 21) 850000<br>Fax (07 21) 85000-199<br>www.laborvolkmann.de | Tagesnummer (bitte frei lassen)                                                                                                                                  |
| Name, Vorname des Versicherten geb. am                                                                                                                                                                   |                  |                                                                                                                                                                               | <b>Materialien</b><br><br><input type="checkbox"/> Streck DNA BCT<br>Bitte kontaktieren sie uns, um entsprechende Abnahmesets zu erhalten:<br>Tel.: 0721 85000 0 |
| Kassen-Nr.                                                                                                                                                                                               | Versicherten-Nr. | Status                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |
| Betriebsstätten-Nr.                                                                                                                                                                                      | Arzt-Nr.         | Datum                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Privat amb. <input type="checkbox"/> Kostenträger Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ambulante Patienten (Überweisungsschein genügt)<br><input type="checkbox"/> Privat stat. |                  | <input type="checkbox"/> Gutachten / Aktenzeichen <input type="checkbox"/> BG-Patient (BG-Anschrift angeben)                                                                  |                                                                                                                                                                  |
| <b>Klinische Fragestellung:</b><br><br>Bitte eintragen: ➡<br><b>Befundanschrift, Telefon- u. Faxnummer</b>                                                                                               |                  | <b>Absender (Stempel)</b>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                  |

## 14 Anforderungsschein für den nicht-invasiven Pränataltest (NIPT)

### Pflichtangaben zu Schwangerschaft

☐ Einlingsschwangerschaft    ☐ Zwillingschwangerschaft

☐ Wiederholung der Analyse    ☐ Vanishing Twin

Körpergröße  cm    Gewicht  kg

☒ Schwangerschaftswoche (p.m.)  + Tag

### Basisdiagnostik

☒ NIPT auf Trisomie 21, 18 und 13  
☐ Analyse OHNE die Trisomie 21

### Abrechnung

| Kasse                    | IGeL                     | Privat                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ---                      | 198,17 €                 | 227,90 €                 |

### Zusatzdiagnostik (nur mit Basis möglich)

### Abrechnung

☐ Bestimmung des fetalen Geschlechts\*  
 und / oder  
☐ Bestimmung gonosomale Fehlverteilung\*\*  
 (XO/XXX/XXY/XXY)

| IGeL                     | Privat                   |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17,49 €                  | 20,11 €                  |

\* Bei Zwillingschwangerschaften kann nicht zwischen einem oder zwei männlichen Feten unterschieden werden.

\*\* Nicht bei Zwillingschwangerschaften durchführbar.

### Anamnese (mögliche Störfaktoren)

|                                                       |                                                    |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> maligne Erkrankung           | <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff    |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Med.         | <input type="checkbox"/> Bluttransfusion           |
| <input type="checkbox"/> Immun- / Stammzellentherapie | <input type="checkbox"/> IVF* <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Organtransplantation         | *Alter bei Entnahme                                |

### Wichtige Hinweise:

- Die Untersuchung ist ab der SSW 9+0 (p.m.) möglich und ist nur bei Ein- und Zwillingschwangerschaften durchführbar.
- Die Angabe, ob es sich um eine Ein-/Zwillingschwangerschaft handelt, ist zwingend erforderlich.
- Benötigtes Material: 7ml Blut im Streck Cell-Free DNA BCT; Lagerung und Transport bei 4°C bis 25°C.
- Das fetale Geschlecht darf in Deutschland laut §15 Abs. 1 GenDG der Schwangeren erst nach Ablauf der SSW 14 (p.m.) mitgeteilt werden.
- Die Bestimmung der numerischen, gonosomalen Anomalien (SCA) ist bei Zwillingschwangerschaften NICHT möglich.
- Im Falle der Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten ist der zeitl. Abstand zur Blutentnahme zu maximieren.
- Ohne Materialentnahmedatum und der tagesgenauen Angabe von SSW und Tag kann der exakte Termin für die Geschlechtsfreigabe nicht berechnet werden.  
Bei fehlender Tagesangabe wird der erste Tag der angegebenen SSW angenommen (z.B. SSW 9+0 bei der Angabe von SSW 10).
- Kontaktieren Sie uns wenn die Mitteilung des fetalen Geschlechtes an den behandelnden Arzt vor Ablauf der SSW 14 gewünscht ist.
- Schlägt der Test wiederholt fehl kann dies, nach Ausschluss der unter Anamnese angegebenen Limitationen, auch auf eine Chromosomenstörung zurückzuführen sein.



0001 1280 01

## 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) \_\_\_\_\_

## Kostenübernahmeerklärung (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