

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

Einsendender Arzt (Name, Adresse)

Zusätzlicher Arzt (Name, Adresse)



GENETISCHE BERATUNG & DIAGNOSTIK
Dr. med. Karl Mehnert und Kollegen

Befundmitteilungen an:

- einsendender Arzt
 zusätzlicher Arzt
 Patient/in mit Geschlechtsmitteilung ohne

Begleitformular Pränatale Diagnostik

WICHTIG: Rückseite bitte von Patientin ausfüllen lassen. Einwilligungserklärung muss zur Diagnostik vorliegen!
Bitte telefonische Anmeldung der Proben, sowie Überweisungsschein 06 und Laborschein 10 beilegen.

Patientin:

Eigenanamnese / Besonderheiten

 Lebendgeb.: Fehlggeb.: Totgeb.:

Familienanamnese / Besonderheiten

Punktionsdatum: Tag Monat Jahr Stunde Minute

- Fruchtwasser transplazentar klar / gelb
 ml ja altblutig
 nein frischblutig
 Chorionzotten: mg Nabelschnurblut: ml

 SSW US: + SSW RE: +
 Besonderheiten während der jetzigen Schwangerschaft:

Angeforderte Untersuchung:

- Pränataler Schnelltest (Selbstzahlerleistung)
 Chromosomenanalyse, humangenetische Beurteilung
 Alpha-Fetoprotein
 Acetylcholinesterase
 DiGeorge-Syndrom
 DNA-Diagnostik:
 Array-CGH
 Sonstiges:

 Wir bitten um Zusendung von Versand- und Entnahmematerial

- wird vom genetikum ausgefüllt -

- Abklärung nicht erforderlich / Probe freigegeben
 Angaben werden abgeklärt
 Probe nicht beschriftet
 auch Blut, DNA, AC, CVS
 DNA-Diagnostik: _____
 DNA-Diagnostik (wenn Chrom. o. B.): _____
 DGS: MLPA / FISH _____
 Telomere: MLPA / FISH _____
 Mikrodell: MLPA / FISH _____
 Array-CGH
 weiteres Vorgehen mit Einsender besprechen

Proben-Nr.

MTA

Verknüpfungs-Nr.

X

ZG: _____

PST-Befund: _____

Pat. Info

/

Karyotyp: _____

Banden: _____

Datum: _____

BL: _____

Kindsvater:

Eigenanamnese / Besonderheiten

Familienanamnese / Besonderheiten

Indikationen:

- auffälliger Ultraschallbefund:
 Nackenödem Hydrops fetalis
 Wachstumsretardierung Herzfehler

 erhöhtes mütterliches Alter

 Ersttrimestertest auffällig:
SSW US: +
 NT auffällig mm

 Biochemie auffällig

 psychische Belastung

 Mutter / Vater hat balancierte Chromosomentranslokation

 vorausgegangene SS mit Chromosomenstörung

 Sonstiges:

genetikum[®]Stuttgart
Büchsenstraße 20
70174 Stuttgart
Telefon 0711/22009230

genetikum[®]Böblingen
Elsa-Brandström-Straße 10
71032 Böblingen
Telefon 07031/721818

genetikum[®]Neu-Ulm
Wegenerstraße 15
89231 Neu-Ulm
Telefon 0731/98490-0
Telefax 0731/98490-20

genetikum[®]München
Weinstraße 11
80333 München
Telefon 089/21023590

genetikum[®]Prien
Hochriesstraße 21
83209 Prien
Telefon 08051/9632767

www.genetikum.de
info@genetikum.de

Sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen ist eine Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie zur Abklärung einer Chromosomenstörung geplant. Um auch andere genetisch bedingte Risiken, die nicht auf einer Chromosomenveränderung beruhen zu berücksichtigen, möchten wir Sie bitten, die unten gestellten Fragen zu beantworten. Von Bedeutung sind dabei Informationen über Ihre Geschwister, deren Kinder (Neffen und Nichten), Ihre Eltern, Ihre Großeltern, die Geschwister Ihrer Eltern sowie deren Kinder, also Ihre Cousins und Cousinen. Bei Fragen oder Unklarheiten werden wir zunächst telefonisch Kontakt mit Ihnen aufnehmen. Sämtliche Angaben sind freiwillig.

WICHTIG: Nach den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes darf die Untersuchung nur dann durchgeführt werden, wenn die unten aufgeführte Einwilligungserklärung vom Patienten unterschrieben vorliegt.

Angaben der Patientin:

Name:	Telefon:	
Vorname:	Mobil:	
Haben Sie Kinder?		
<input type="checkbox"/> ja	wenn ja,	wie viele Jungen: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nein		wie viele Mädchen: <input type="text"/>
Haben Sie Geschwister?		
<input type="checkbox"/> ja	wenn ja,	wie viele Brüder: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nein		wie viele Schwestern: <input type="text"/>
Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erkrankungen*?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja, welche und bei wem:		
<small>* Für uns wichtige Erkrankungen: geistige Behinderungen, Herzfehler, Nierenfehlbildungen, Stoffwechselstörungen, Tumorerkrankungen vor dem 50. LJ</small>		
<small>* Für uns unwichtige Erkrankungen: Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Schlaganfall nach dem 65. LJ , Herzinfarkt nach dem 65. LJ</small>		
Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Fehl- (bis 24. SSW) oder Totgeburten (nach 24. SSW)?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja, bei wem	wie viele	Schwangerschaftswoche
Fehlgeb.: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fehlgeb.: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totgeb.: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind in Ihrer Familie Kinder früh verstorben?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja, bei wem:	wie viele	<input type="text"/>

Angaben des Kindsvaters:

Name:	Telefon:	
Vorname:	Mobil:	
Haben Sie Kinder?		
<input type="checkbox"/> ja	wenn ja,	wie viele Jungen: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nein		wie viele Mädchen: <input type="text"/>
Haben Sie Geschwister?		
<input type="checkbox"/> ja	wenn ja,	wie viele Brüder: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nein		wie viele Schwestern: <input type="text"/>
Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erkrankungen*?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja, welche und bei wem:		
<small>* Für uns wichtige Erkrankungen: geistige Behinderungen, Herzfehler, Nierenfehlbildungen, Stoffwechselstörungen, Tumorerkrankungen vor dem 50. LJ</small>		
<small>* Für uns unwichtige Erkrankungen: Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Schlaganfall nach dem 65. LJ , Herzinfarkt nach dem 65. LJ</small>		
Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Fehl- (bis 24. SSW) oder Totgeburten (nach 24. SSW)?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja, bei wem	wie viele	Schwangerschaftswoche
Fehlgeb.: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fehlgeb.: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totgeb.: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind in Ihrer Familie Kinder früh verstorben?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja, bei wem:	wie viele	<input type="text"/>

Sind Sie miteinander verwandt? ja nein wenn ja, wie _____

Einwilligungserklärung: Ich erkläre mich einverstanden, dass von mir entnommenes Fruchtwasser / Choriongewebe auf genetische Veränderungen bezogen auf die auf der Vorderseite genannten Angaben untersucht wird. Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ebenso wurden die möglichen Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen der genetischen Untersuchung für mich ergeben könnten, ausführlich besprochen. Alle Angaben, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt werden, bzw. vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen).

Ich bin einverstanden mit der:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Befundmitteilung an die auf der Vorderseite angegebenen Ärzte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung (möglicherweise auch wichtig als Vergleichsmaterial für spätere genetische Untersuchungen in der Familie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial für laboranalytische Qualitätsmaßnahmen (in anonymisierter Form) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ort / Datum _____ Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter _____

Ort / Datum _____ Unterschrift Arzt / Ärztin _____