

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

(Rückseite bitte von Patientin auszufüllen)

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:

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

Wir bitten um Zusendung von Versand- und Entnahmematerial

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: _____

- wird vom genetikum ausgefüllt -

- Angaben werden abgeklärt
 Abklärung nicht erforderlich
 Probe nicht beschriftet
 auch Blut, DNA, AC, CVS
 DNA-Diagnostik: _____
 DNA-Diagnostik nur wenn Chromosomen o. B.: _____
 DGS: MLPA od. FISH _____
 Tel: MLPA od. FISH _____
 Mikrodel: MLPA od. FISH _____
 Array-CGH
 weiteres Vorgehen mit Einsender besprechen

Proben-Nr.: _____

ZG: _____

MTA: _____

PST-Befund: _____

Pat. Info / _____

Karyotyp: _____

Banden: _____

Datum: _____

BL: _____

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

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

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

in Praxismgemeinschaft mit
genetikum[®] Stuttgart
Königstraße 26
70173 Stuttgart
Telefon 0711/18567170

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 Einverständniserklärung 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: _____	
* Für uns wichtige Erkrankungen: geistige Behinderungen, Herzfehler, Nierenfehlbildungen, Stoffwechselstörungen, Tumorerkrankungen vor dem 50. LJ	
* Für uns unwichtige Erkrankungen: Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Schlaganfall nach dem 65 LJ, Herzinfarkt nach dem 65 LJ	
Gibt es in Ihrer Familie Fehl- oder Totgeburten ?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, bei wem: _____	wie viele <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: _____	
* Für uns wichtige Erkrankungen: geistige Behinderungen, Herzfehler, Nierenfehlbildungen, Stoffwechselstörungen, Tumorerkrankungen vor dem 50. LJ	
* Für uns unwichtige Erkrankungen: Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Schlaganfall nach dem 65 LJ, Herzinfarkt nach dem 65 LJ	
Gibt es in Ihrer Familie Fehl- oder Totgeburten ?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, bei wem: _____	wie viele <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 _____

Einverständniserklärung: Ich erkläre mich einverstanden, dass von mir entnommenes Fruchtwasser und/oder Choriongewebe auf genetische Veränderungen (Mutationen) 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, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Mit der Befundmitteilung an den/die auf der Vorderseite angegebenen Arzt/Ärzte bin ich einverstanden: ja nein

Mit der Aufbewahrung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung bin ich einverstanden: ja nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen (in anonymisierter Form) bin ich einverstanden: ja nein

Ort / Datum Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter Ort / Datum Unterschrift Arzt/Ärztin

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).