

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

Überweisender Arzt (Name, Adresse)

Zusätzlicher Arzt (Name, Adresse)

Probeneinsendeformular Pränatale Diagnostik

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

Entnahmedatum:

Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute

Abrechnung:

- GKV (gesetzlich; Labor-Ü-Schein Muster 10)
 PKV (privat) PKV + Beihilfe
 Selbstzahler
 Rechnung an Klinik

Befundmitteilungen an:

- überweisenden Arzt (s. o.)
 zusätzlichen Arzt (s. o.)
 Patient/in
 mit ... ohne Geschlechtsmitteilung

SSW US: +

SSW RE: +

- Fruchtwasser ml
 Chorionzotten mg
 Nabelschnurblut ml
 Abortgewebe

- transplazentar
 klar / gelb
 altblutig
 frischblutig

Angeforderte Untersuchung:

Standard Pränatale Diagnostik

- Chromosomenanalyse* (inkl. pränataler Schnelltest)
 Alpha-Fetoprotein*^{co} ACHE*
 Array-CGH auf Wunsch: als Selbstzahlerleistung (944,25 Euro)

Erweiterte Pränatale Diagnostik (bei auffälligem Ultraschall) (2 ml EDTA- u. Heparin-Blut von Patientin u. Kindsvater erforderlich!)

- Chromosomenanalyse* (inkl. pränataler Schnelltest)
 Alpha-Fetoprotein*^{co} ACHE*
 Array-CGH/MLPA (gezielter Duplikations- bzw. Deletionsnachweis)
 NGS-Diagnostik: Trio-Exomsequenzierung (Trio-WES)*, ggf. HPO-Analyse nach klinischer Symptomatik, z.B. Noonan-Syndrom
 spezifische DNA-Diagnostik:

bitten um Rücksprache

* = derzeit nicht akkreditierte Untersuchung CO = in Kooperation

Patientin:

Eigenanamnese / Besonderheiten

Geburten.:
 Fehlgeb.:
 Totgeb.:

Familienanamnese / Besonderheiten

Besonderheiten in der jetzigen Schwangerschaft:

Indikationen:

- NIPT auffällig
 Ersttrimestertest auffällig: SSW US: +
 NT auffällig mm > 95 % > 99 %
 Biochemie auffällig PAPP-A MoM β HCG: MoM
 fetaler Ultraschall auffällig (bitte Befund beilegen!)
 fetale Akinesie Nierenfehlbildung Hydrops fetalis
 Herzfehler Skelettfehlbildung Heterotaxie
 Hirnfehlbildung Wachstumsretardierung

- Mutter / Vater Überträger einer Chromosomenveränderung
 Mutter / Vater Überträger einer monogenen Erkrankung
 Vorausgegangene SS mit Chromosomenstörung
 mütterliches Alter über 35 Jahre Wunsch der Eltern

Kindsvater:

Eigenanamnese / Besonderheiten

Familienanamnese / Besonderheiten

Wir bitten um Zusendung von Versand- und Entnahmematerial

- wird vom genetikum ausgefüllt -

- Abklärung nicht erforderlich / Probe freigegeben
 Angaben sind abzuklären
 Procedere mit Einsender besprechen
 Patient: Hep-B___, EDTA-B___, MSA___, DNA___, AC___, CVS___
 Partner: Hep-B___, EDTA-B___, MSA___, DNA___
 Wenn PST / Chromosomen o. B.: _____
 DGS: MLPA / FISH nativ / Kultur
 Array-CGH: nativ / Kultur
 NGS: TRIO-WES / HPO nativ / Kultur
 DNA: _____ nativ / Kultur

Proben-Nr.	MTA
Verknüpfungs-Nr.	X

ZG: _____
 PST-Befund: _____
 Karyotyp: _____
 Banden: _____
 Datum: _____
 BL: _____

Probenversand

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

genetikum[®] Stuttgart
 Lautenschlagerstraße 23
 70173 Stuttgart
 Telefon 0711/2200923-0
 Telefax 0711/2200923-20

genetikum[®] München
 Weinstraße 11
 80333 München
 Telefon 089/24207670

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

genetikum[®] Singen
 Virchowstraße 10c
 78224 Singen
 Telefon 07731/9956231

www.genetikum.de
 info@genetikum.de

Sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen ist eine Fruchtwasserpunktion oder Chorionzottenbiopsie zur Abklärung einer genetisch bedingten Erkrankung (z. B. Chromosomenstörung) geplant. Um auch andere genetisch bedingte Risiken, wie z. B. monogene Erkrankungen, die sich aufgrund der Familien- o. Eigenanamnese ergeben können, zu berücksichtigen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Wichtig sind Informationen über Ihre Geschwister, deren Kinder (Neffen/Nichten), Ihre Eltern, deren Geschwister sowie deren Kinder (Cousinen/Cousins) und Ihre Großeltern. Bei Fragen oder Unklarheiten werden wir zunächst telefonisch Kontakt mit Ihnen aufnehmen. Sämtliche Angaben sind freiwillig.

! WICHTIG: Nach Gendiagnostikgesetz darf die Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn die Einwilligungserklärung ! vom Patienten unterschrieben ist.

Angaben der Patientin:

Name:	Telefon:		
Vorname:	Mobil:		
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anzahl Jungen: <input type="text"/>	Anzahl Mädchen: <input type="text"/>		
Haben Sie Geschwister?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anzahl Brüder: <input type="text"/>	Anzahl Schwestern: <input type="text"/>		
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	
bei wem	wie viele	Schwangerschaftswoche	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sind in Ihrer Familie Kinder früh verstorben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
bei wem:	wie viele	<input type="text"/>	
Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erkrankungen*?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
welche und bei wem:			

Angaben des Kindsvaters:

Versicherung**: GKV Privat

Name:	Telefon:		
Vorname:	Mobil:		
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anzahl Jungen: <input type="text"/>	Anzahl Mädchen: <input type="text"/>		
Haben Sie Geschwister?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anzahl Brüder: <input type="text"/>	Anzahl Schwestern: <input type="text"/>		
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	
bei wem	wie viele	Schwangerschaftswoche	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sind in Ihrer Familie Kinder früh verstorben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
bei wem:	wie viele	<input type="text"/>	
Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erkrankungen*?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
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

** Wenn im Rahmen der Pränataldiagnostik genetische Varianten abzuklären sind, kann eine Untersuchung des Kindsvaters erforderlich sein. Bei PKV erstellen wir einen Kostenvorschlag.

Sind Sie miteinander verwandt? ja nein wenn ja, wie

Wurden bereits genetische Untersuchungen / Beratungen durchgeführt? ja nein wo:

Welche evtl. Ergebnisse / Befunde:

Einwilligungserklärung nach GenDG und DSGVO

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen (siehe Vorderseite bzw. Liste) sowie über die Konsequenzen, die sich daraus für mich ergeben können, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt bzw. sie vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen). Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem mit den Datenschutzbefindungen einverstanden (Informationen unter www.genetikum.de).

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der **genetischen Untersuchung** des von mir entnommenen Probenmaterials nein
- der **Befundmitteilung** an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte (siehe Vorderseite) nein
- der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus nein
- der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** für weiterführende bzw. neue zweckgebundene Untersuchungen nein
- der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bzw. Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor nein
- der **Eintragung der Untersuchungsergebnisse** in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken nein
- der **Verwendung** asservierter DNA von mir/meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte nein

In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen, jedoch eine klinische (Behandlungs-)Konsequenz für Sie selbst, für Ihre Nachkommen bzw. weitere Familienmitglieder haben können (sog. Zusatzbefunde).

Über klinisch relevante **Zusatzbefunde** möchte ich informiert werden:

ja nein

Ort / Datum Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Ort / Datum Unterschrift Kindsvater (falls er genetisch untersucht wird)