

Eingang Datum/Zeit _____

Bearbeitung _____

Unters.-Nr. _____

Auftrag für pränatale genetische Untersuchungen

■ Patientin

Name (Bitte Blockschrift) _____ Vorname _____ Geb.datum _____
 Strasse _____ PLZ / Ort _____ Telefon _____

■ Krankenversicherung

Name Versicherung _____ Vers. Nr. _____

Einverständnis:

Ich bestätige, dass ich vom Arzt über die geplante Laboruntersuchung informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, die Tests durchführen zu lassen und die Kosten auch bei fehlender Kostengutsprache der Krankenkasse selber zu bezahlen.

Sollte die Untersuchung Ergebnisse liefern, die nicht in Zusammenhang mit dem Auftrag stehen, aber eine vor dem 50. Lebensjahr ausbrechende Erkrankung veranlassen, wünsche ich darüber informiert zu werden:

ja nein

Meine Proben/Resultate dürfen anonymisiert zu Forschungszwecken weiter verwendet werden:

ja nein

Unterschrift Patientin _____

■ Auftraggebender Arzt

■ Überwachender Arzt

Ich wünsche die Befundzustellung per Email an _____ (HIN-Verschlüsselung zwingend)

Ich bitte um Zustellung weiterer Auftragsformulare (Anzahl) _____

■ Untersuchungsmaterial, Untersuchungen Datum Entnahme _____

■ Chromosomenuntersuchung an Chorionzotten (CVS)¹
 Fruchtwasser (AC)² Fruchtwasser ohne AFP-Bestimmung

■ Spezialuntersuchungen Fruchtwasser-Schnelltest (PCR oder FISH)
 Hochauflösender Microarray³
 PCR oder FISH bei fam. Risiko: _____
 Cystische Fibrose (CF) Andere Screeninguntersuchung(en): _____

■ Intrauterine Infekte Cytomegalie Parvovirus Varizella Zoster Toxoplasmose

¹ Chromosomenanalyse an Trophoblastenzellen (Kurzzeit-Analyse); CGH-Array (60K) an Mesenchym-Zellen zum Ausschluss von wichtigen Mikrodeletionssyndromen und numerischen Chromosomenstörungen (entspricht Langzeit-Analyse)

² Chromosomenanalyse an kultivierten Fruchtwasserzellen; CGH-Array (60K) zum Ausschluss von wichtigen Mikrodeletionssyndromen

³ CGH-Array (180K); für die Interpretation der Resultate ist unter Umständen Blut der beiden biologischen Eltern erforderlich (je 5ml EDTA- oder Heparin-Blut)

■ Indikation, Familienanamnese

Wunsch Serum-AFP erhöht * Elterl. Chromosomenaberration *
 Alter, 35J. und mehr 1TT/AFP-Plus Test positiv (Angabe des Risikos) * Habituelle Aborte *
 Ultraschallbefund * Kind mit Chromosomenanomalie * Anderes *

*Angaben zur Indikation, Familienanamnese:

■ Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

LM _____ Lage der Placenta: Vorderwand Hinterwand
 ET/ET korr _____ Amenorrhoe _____ Blutgruppe Mutter _____ Anti D-Prophylaxe
 SSL _____ entspricht SSW _____
 Bip _____ entspricht SSW _____ Datum Ultraschallmessung _____