

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 (nur an HIN-verschlüsselte Email-Adressen möglich) _____

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 _____ Amenorrhoe _____

Datum Ultraschallmessung _____

ET/ET korrigiert _____

Blutgruppe der Mutter _____

SSL _____ entspricht SSW _____

Anti D-Prophylaxe? ja nein

Bip _____ entspricht SSW _____

Eizellspende? ja nein

Vanishing Twin? ja nein