

Eingangskontrolle

Labor-Nr.

Auftrag für nicht-invasive pränatale 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. Die Broschüre "panorama pränataltest" der Genetica habe ich erhalten.

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 Panorama-Entnahmekits (Anzahl) _____

■ Untersuchungen, Untersuchungsmaterial

Datum Entnahme _____

- Panorama-Test:**
- Trisomie-Screening** (NIPT autosomal)
T21, T18, T13, Triploidie
 - + **Anomalien der Geschlechtschromosomen** (NIPT gonosomal)
X0, XXX, XXY, XYY
 - + **Mikrodeletionsscreening**
22q11, 1p36, Cri-du-chat, Angelman, Prader-Willi
- Andere Analysen:**
- Fetale Rhesus-D Bestimmung**
 - Mütterliches Screening auf CF, SMA, FRAXA** (www.genetica-ag.ch: Infothek)

Probenmaterial und Versand
 Alle aufgeführten Analysen können aus der gleichen Blutprobe gemacht werden. Benötigt werden 2x10 ml Blut in Streck-Röhrchen; Probe nicht kühlen oder erwärmen; Versand der Probe per Kurier oder Post-Express

■ Indikation, Familienanamnese

- ETT Risiko erhöht, Wert: _____
- Ultraschallbefund: _____
- Anderes: _____
- Alter, 35J. und mehr Wunsch

■ Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

- | | |
|--------------------------------|---|
| LM _____ Amenorrhoe _____ | Gewicht der Mutter _____ kg |
| ET _____ | Zwillingsschwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| SSL _____ entspricht SSW _____ | Vanishing Twin? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bip _____ entspricht SSW _____ | IVF-Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Datum Ultraschallmessung _____ | Eizellspende / Leihmutter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Blutsverwandschaft der Kindseltern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Patientin antikoaguliert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Angaben zum Panorama-Test Untersuchung ab der 9+0 SSW; Panorama auch bei Zwillingsschwangerschaften und Eizellspenden durchführbar