

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 (kassenpflichtig nur bei Indikation: CHF 510)
 - + **Anomalien der Geschlechtschromosomen** (NIPT gonosomal)
X0, XXX, XXY, XYY (nicht kassenpflichtig: CHF 150)
 - + **Mikrodeletionsscreening**
22q11, 1p36, Cri-du-chat, Angelman, Prader-Willi (nicht kassenpflichtig: CHF 250)
- 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