

Einsender:

Wird vom Labor ausgefüllt:

Datum	Zeit	Visum
-------	------	-------

Name		Geb.-Datum	
Vorname			
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung:		Versicherungsnummer:	

Befundkopie an:

Befund per E-Mail an Arzt:
(Falls keine HIN-E-Mail-Adresse, Mobilnummer für SMS-Code zwingend erforderlich)

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Rechnung an: Kasse/Patient Selbstzahler Einsender

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich vom Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, die Tests durchführen zu lassen und die Kosten, auch bei fehlender Kostengutsprache der Krankenkasse, selbst 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 weiterverwendet werden: Ja Nein

Unterschrift Patient/In:

Ort und Datum: _____

Untersuchungen, Untersuchungsmaterial

Datum Entnahme: _____

Chromosomenuntersuchung an:

(bitte telefonisch voranmelden)

- Chorionzotten (CVS)¹ Fruchtwasser (AC)² Fruchtwasser (AC)² ohne AFP-Bestimmung
 Abortgewebe

Spezialuntersuchungen:

- Fruchtwasser-Schnelltest Hochauflösender Microarray³

Untersuchung bei erhöhtem familiärem Risiko: _____
(Zwingend: EDTA-Blut der Kindsmutter; empfohlen: EDTA-Blut des Indexpatienten.)

Screeninguntersuchung(en): _____

Für Screeninguntersuchungen auf häufige monogenetische Krankheiten wie Cystische Fibrose, Spinale Muskelatrophie oder fragiles X-Syndrom empfehlen wir die Abklärung am EDTA-Blut der Kindsmutter (= Präkonzeptionelles Screening).

Intrauterine Infekte:

- Cytomegalie Parvovirus Varizella Zoster Toxoplasmose

¹ Chromosomenanalyse an Trophoblastenzellen (Kurzzeit-Analyse); CGH-Array (60K) an Mesenchym-Zellen zum Ausschluss von relevanten Mikrodeletions-/Duplikationssyndromen und numerischen Mosaiken (entspricht Langzeit-Analyse).

² Chromosomenanalyse an kultivierten Fruchtwasserzellen; CGH-Array (60K) zum Ausschluss von relevanten Mikrodeletions-/Duplikationssyndromen und numerischen Mosaiken

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ultraschallbefund* | <input type="checkbox"/> Elterliche Chromosomenaberration* | <input type="checkbox"/> 1TT/AFP-Plus Test positiv (Angabe des Risikos)* |
| <input type="checkbox"/> NIPT | <input type="checkbox"/> Alter, 35J. und mehr | <input type="checkbox"/> Kind mit Chromosomenanomalie* |
| <input type="checkbox"/> Wunsch | <input type="checkbox"/> Anderes* | |

*Angaben zur Indikation, Familienanamnese: _____

Schwangerschaft, Ultraschallmessungen:

Datum Ultraschallmessung: _____	Bip: _____	Eizellspende: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
LM: _____	Amenorrhoe: _____	Vanishing Twin: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
ET/ ET korrigiert: _____	entspricht SSW: _____	
SSL: _____		