

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 Patient: _____

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.

Meine Proben/Resultate dürfen anonymisiert zu Forschungszwecken weiterverwendet werden: Ja Nein

Unterschrift Patient/In: _____

Ort und Datum: _____

Untersuchungen

Datum Entnahme: _____

- Panorama Test:**
- Trisomie-Screening** (NIPT autosomal)
T21, T18, T13, Triploidie (*Kassenpflichtig nur bei Indikation: CHF 510*)
 - + Anomalien der Geschlechtschromosomen (NIPT gonosomal)
XO, XXX, XXY, XYY (*nicht kassenpflichtig: CHF 150*)
 - + Mikrodeletionsscreening
Di George/22q11, 1p36, Cri-du-chat, Angelman, Prader-Willi (*nicht kassenpflichtig: CHF 250*)
- Andere Analysen:**
- Fetale Rhesus-D-Bestimmung
 - Mütterliches Screening auf CF, SMA, FRAXA
(Infos: www.genetica-ag.ch/infotehek)

Indikation, Familienanamnese:

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

Schwangerschaft, Ultraschallmessungen:

LM: _____	Amenorrhoe: _____	Gewicht der Mutter: _____ kg	
ET: _____		Blutgruppe der Mutter: _____	
SSL: _____	entspricht SSW: _____	Anti D-Prophylaxe:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bip: _____	entspricht SSW: _____	Zwillingsschwangerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Vanishing Twin:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Eizellspende/Leihmutter:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum Ultraschallmessung: _____		IVF-Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Blutsverwandschaft der Kindseltern:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Patient/in antikoaguliert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zum Panorama Test – Untersuchung ab der 9+0 SSW – Panorama-Test auch bei Zwillingsschwangerschaften und Eizellspenden möglich.

Probenmaterial und Versand

Alle aufgeführten Analysen können aus derselben Blutprobe durchgeführt werden. **Benötigt werden 2 x 10 ml Blut in Streck-Röhrchen.**

Versand der Probe per Kurier oder Post-Express. Probe NICHT kühlen oder erwärmen.

Ambulatorium der Genetica (Probenentnahme): Falkenstrasse 14 · 8008 Zürich · Telefon 044 250 50 30