

Einsender: \_\_\_\_\_

**Wird vom Labor ausgefüllt:**

Datum \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_ Visum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht:  W  M

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

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

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechnung an:  Kasse/Patient  Selbstzahler  Einsender

### 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 (nicht separat nachbestellbar!)

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 (*nicht kassenpflichtig CHF 1090.-*)

Einzelne Screenings (*nicht kassenpflichtig*):  CF (CHF 555.-)  SMA (CHF 535.-)  FRAXA (CHF 370.-)

### Indikation, Familienanamnese

ETT-Risiko erhöht, Wert → T21: \_\_\_\_\_ T13/18: \_\_\_\_\_

Anderes: \_\_\_\_\_

Ultraschallbefund: \_\_\_\_\_

Wunsch \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

**Bitte vollständig ausfüllen**

LM: \_\_\_\_\_ Amenorrhoe: \_\_\_\_\_

Gewicht der Mutter: \_\_\_\_\_ kg

ET: \_\_\_\_\_

Blutgruppe der Mutter: \_\_\_\_\_

SSL: \_\_\_\_\_ entspricht SSW: \_\_\_\_\_

Anti D-Prophylaxe: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Bip: \_\_\_\_\_ entspricht SSW: \_\_\_\_\_

Zwillingschwangerschaft: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Datum Ultraschallmessung: \_\_\_\_\_

Vanishing Twin: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Eizellspende/Leihmutter: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

IVF-Schwangerschaft: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Blutsverwandschaft der Kindseltern: ...  Ja  Nein

Patient/In antikoaguliert: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Angaben zum Panorama-Test – Untersuchung ab der 9+0 SSW – Panorama-Test auch bei Zwillingschwangerschaften 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.**

### 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 Kostenübernahme der Krankenkasse, selbst zu bezahlen.

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

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/In: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift einsendender Arzt: \_\_\_\_\_