

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 480.60)*
+ 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 981.-)*
 Einzelne Screenings *(nicht kassenpflichtig):* CF (CHF 499.50) SMA (CHF 481.50) FRAXA (CHF 333.-)

Indikation, Familienanamnese

ETT-Risiko erhöht, Wert → T21: _____ T13/18: _____ Anderes: _____
 Ultraschallbefund: _____ Wunsch

Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

Bitte vollständig ausfüllen

LM: _____ Amenorrhoe: _____
ET: _____
SSL: _____ entspricht SSW: _____
Bip: _____ entspricht SSW: _____

Gewicht der Mutter: _____ kg
Blutgruppe der Mutter: _____
Anti D-Prophylaxe: Ja Nein
Zwillingschwangerschaft: Ja Nein
Vanishing Twin: Ja Nein
Eizellspende/Leihmutter: Ja Nein
IVF-Schwangerschaft: Ja Nein
Blutsverwandschaft der Kindseltern: ... Ja Nein
Patient/In antikoaguliert: Ja Nein

Datum Ultraschallmessung: _____

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: _____