

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK, gültig bis	Datum

Labor Lademannbogen

Humangenetik

Professor Rüdiger Arndt Haus

Lademannbogen 61-63 22339 Hamburg

Telefon 040 / 53805-800 - Telefax 040 / 53805-821

www.labor-lademannbogen.de Transportservice Telefon 040 / 53805 408

- Praxisstempel -

Pränataldiagnostik: Zytogenetische/Molekulargenetische Untersuchungen

Probenmaterial

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser | <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut (Heparin) |
| <input type="checkbox"/> Chorionzotten | <input type="checkbox"/> Abortgewebe (vorzugsweise Chorionzotten) |

Abnahmedatum

Angaben zur Patientin und zu der Schwangerschaft

SSW nach Ultraschalldiagnostik

Familienanamnese (Totgeburten, Kinder mit Behinderungen/Erkrankungen)

Adresse des überweisenden Arztes

Telefonnr.

Fax-Nr.

Indikation für die Diagnostik

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erhöhtes mütterliche Alter | <input type="checkbox"/> Familiäre Chromosomenveränderung (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Auffälliger Ultraschall | <input type="checkbox"/> Vorherige Schwangerschaft mit Chromosomenveränderung (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Auffälliges Ersttrimester-Screening | <input type="checkbox"/> Wiederholte Fehlgeburten/Totgeburten |
| <input type="checkbox"/> Auffälliger Triple-Test | <input type="checkbox"/> V. a. monogen bedingte Erkrankung (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Auffälliges sequentielles Screening | <input type="checkbox"/> Psychische Belastung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Bemerkungen

Gewünschte Untersuchung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse | <input type="checkbox"/> QF-PCR-Schnelltest (Trisomie 13, 18 und 21) |
| <input type="checkbox"/> AFP-Bestimmung | <input type="checkbox"/> Array-CGH* (nur nach Rücksprache bei entsprechender Indikation, zusätzlich benötigen wir jeweils eine EDTA-Blutprobe der Mutter und des Vaters) |
| <input type="checkbox"/> ggf. ACHE-Bestimmung | <input type="checkbox"/> Pränatale molekulargenetische Diagnostik bei V. a. |

*Fremdlaborleistung

Bei entsprechender Indikation werden die Kosten dieser Untersuchungen von den Krankenkassen übernommen und belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes (Überweisungsschein mit Ausnahmeindikation 32010).

Labor Lademannbogen

Humangenetik

Professor Rüdiger Arndt Haus

Lademannbogen 61-63 22339 Hamburg

Telefon 040 / 53805-800 - Telefax 040 / 53805-821

www.labor-lademannbogen.de Transportservice Telefon 040 / 53805 408

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Einwilligung:

Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu genetischen Untersuchungen erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu der geplanten genetischen Untersuchung sowie zu der dafür erforderlichen Probenentnahme (Blut-/Gewebeentnahme). Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurde,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin.

Angabe der gewünschten Untersuchung(en)

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass durch das GenDG eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vorgeschrieben ist. Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchung zur Diagnosefindung bin ich einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden.

Mit der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meine(n) mit behandelnde(n) Ärztin/Arzt bin ich einverstanden.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden.

Verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Untersuchung durchgeführt hat.

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ort/Datum (Unterschrift der(s) anwesende(n) Ärztin/Arztes)

(Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter)