



Begleitschein für eingesandte Proben

Einsender  
verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

betreuende/r Ärztin/Arzt:

Name:  
Straße:  
Postleitzahl und Ort:

Patient weiblich / männlich

Nachname:  
Vorname:  
Geburtsdatum:

Anschrift

Straße:  
Postleitzahl und Ort:

Kostenträger:

- gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 6 + 10)
- privat versichert  Selbstzahler (IGeL)
- Rechnung an Klinik

Indikation

- sonographisch fetale Auffälligkeiten:
- auffällige Serumparameter
- Altersrisiko
- psychische Indikation:
- Schwangerschaft/Kind mit Chromosomenstörung:

- V. a. Dysmorphiesyndrom (Auffälligkeiten):
- V. a. Translokation:
- familiäres, genetisches Risiko:
- andere Indikation:

Schwangerschaftswoche

rechnerisch:      sonographisch:      letzte Periode:      |      |

- Einling  Mehrling

Schwangerschaftsverlauf

- unauffällig
- auffällig:

Geschlechtsmitteilung

- gewünscht
- nicht gewünscht

Art der Probe

- Chorionzotten
- Plazentazotten
- Fruchtwasser
- Abortgewebe
- Heparinblut (für Chromosomen, FISH)
- EDTA Blut (für Array-CGH, PCR)
- Fetus
- Kind
- Erwachsener

Probeentnahme

Datum und Uhrzeit:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angeforderte Untersuchungen

- Chromosomenanalyse
- FISH für 21, 18, 13, X, Y
- FISH \_\_\_\_\_
- Array-CGH**  
vergleichende genomische Hybridisierung

Datum:      Name verantwortliche/r Ärztin/Arzt:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte Aufklärung und Einwilligung auf der Rückseite beachten.**





Patient

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte erläutern Sie die Fragestellung (Indikationsstellung) und teilen Sie Voruntersuchungen und Befunde mit.

### Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung

- Zahl und Struktur der Chromosomen \_\_\_\_\_
  - weitere spezielle Diagnostik: \_\_\_\_\_
  - Array-CGH \_\_\_\_\_
- wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

Die gewonnene Probe wird nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz § 13).

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_

hat meine zusätzlichen Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Datum:	Unterschrift	Unterschrift	
	der Ärztin/des Arztes	der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten	

### Einwilligung der Patientin/des Patienten

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit. Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein.

Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.

- Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine erneute genetische Beratung.
- Ich habe das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.  
 Als Privatversicherter oder Selbstzahler erhalte ich eine Rechnung nach GOÄ, die von mir beglichen wird.
- Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.
- Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten:  ich selbst

Frauenärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

Kinderärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

Hausärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

Datum:	Unterschrift
	der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten