



Begleitschein für eingesandte Proben

Einsender
verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient weiblich / männlich

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift

Straße:

Postleitzahl und Ort:

betreuende/r Ärztin/Arzt:

Name:

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Kostenträger:

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

Indikation

sonographisch fetale Auffälligkeiten:

V. a. Dysmorphiesyndrom (Auffälligkeiten):

auffällige Serumparameter

V. a. Translokation:

auffälliges NIPS

familiäres, genetisches Risiko:

Altersrisiko

andere Indikation:

Schwangerschaft/Kind mit Chromosomenstörung:

Schwangerschaftswoche

Schwangerschaftsverlauf

Geschlechtsmitteilung

rechnerisch: sonographisch: letzte Periode: | |

unauffällig
 auffällig:

gewünscht
 nicht gewünscht

Einling

Mehrling

Art der Probe

Probeentnahme

Angeforderte Untersuchungen

- Chorionzotten
- Plazentazotten
- Fruchtwasser
- Abortgewebe

Datum und Uhrzeit:

- Chromosomenanalyse
- FISH für 21, 18, 13, X, Y
- FISH

- Heparinblut (für Chromosomen, FISH)
- EDTA Blut (für Array-CGH, PCR)

- Fetus
- Kind
- Erwachsener

Array-CGH
vergleichende genomische Hybridisierung

Datum:

Name verantwortliche/r Ärztin/Arzt:

Unterschrift:



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 wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt:

Zahl und Struktur der Chromosomen _____

Array-CGH _____

weitere spezielle Diagnostik: _____

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.

ja

nein

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.

ja

nein

Personenbezogene Daten unterliegen der EU-DSGVO.

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten: ich selbst

ja

nein

Frauenärztin/-arzt:

Kinderärztin/-arzt:

Datum:

Unterschrift

der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten