



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
- auffälliges NIPS
- Altersrisiko
- Schwangerschaft/Kind mit Chromosomenstörung:
- V. a. Dysmorphiesyndrom (Auffälligkeiten):
- V. a. Translokation:
- familiäres, genetisches Risiko:
- andere Indikation:

Schwangerschaftswoche

rechnerisch: sonographisch: letzte Periode: | |

Schwangerschaftsverlauf

- unauffällig
- auffällig:

Geschlechtsmitteilung

- gewünscht
- nicht gewünscht

- Einling
- Mehrling

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:



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