

# Einsendeschein pränatale genetische Analyse

Labor-Nr.:



**Bitte senden an:**  
Bezeichnung der  
Einrichtung  
Anschrift

**Berufsverband  
Deutscher  
Humangenetiker  
(BVDH) e.V.**

Tel.: / FAX:  
email:  
Internet: [http://www.](http://www.bvdh.de)

## Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: ..... Vorname: .....  
geb.: ..... Tel.: .....  
Straße .....  
PLZ ..... Ort .....

## Ihr Ansprechpartner in unserem Labor ist:

Name: ..... Tel. Labor: .....  
Tel.: .....

## Angaben zur Abrechnung:

stationär  ambulant  Krankenkasse: .....  privat  
bitte Ü-Schein beilegen Adresse bitte oben eintragen

**Untersuchungsmaterial:** ggf.: detaillierte Hinweise zur Entnahme, Lagerung, Transport etc. finden Sie auf unserer o.g. Homepage

- Fruchtwasser: Menge:..... ml / Farbe:  gelb  frischblutig (bitte Heparin zusetzen)  altblutig  
 Chorionzotten: Menge:..... mg  typisch  untypisch  Abortmaterial: Menge:..... mg  fetales Gewebe  
 Nabelschnurblut (Heparinzusatz!)

Datum der Entnahme: ..... Ggf. Uhrzeit: .....

## Weitere Angaben zur Patientin:

Erster Tag letzte Regel: ..... SSW nach US: .....  Zwillinge  monochorial  monoamnial  
Gravida: ..... Para: ..... Fehl-/Totgeburten: .....

## Indikation

- Alter  
 auffälliges Erst-Trimester-Screening  
 sonstige Gründe:.....  
 Ergebnisse/Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte Kopien beilegen):  
 Informationen zur Familienanamnese (ggf. auf der Rückseite):.....

## Angeforderte Untersuchungen:

- Chromosomen-Untersuchung  Anlegen einer Zellkultur  
 Schnelltest (Zahlabweichungen der Chromosomen 13; 18; 21; X und Y)  Sonstiges  
 AFP- Bestimmung aus Fruchtwasser  
 ACHE- Bestimmung aus Fruchtwasser  
 molekulargenetische Untersuchung (bitte zusätzlich Einsendeschein für die molekulargenetische Diagnostik ausfüllen)

## Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen (GKV):

Ich wünsche den Schnelltest als IGeL-Leistung .....  
(ggf. ambulanten Behandlungsvertrag unterschrieben beilegen) Datum ..... Unterschrift der Patientin .....

## Einverständnis der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!) - bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung -

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin bzw. deren (gesetzlichen) Vertreters	Stempel und Unterschrift <b>der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person</b>
------------	---	--