

# NIPT Trisomie 13, 18, 21



**LABOR HEIDRICH & KOLLEGEN**

Klinikweg 23  
22081 Hamburg

Tel. 040 – 97 07 999-50  
Fax 040 – 97 07 999-95

Name, Vorname der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Praxisstempel

### Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig  
das Barcode-Etikett einkleben!

Mit dem **NIPT (Nicht-Invasiver Pränataltest)** wird bei Feten das Risiko auf Vorliegen der Trisomien 13,18 und 21 untersucht. Die Durchführung ist ab der Schwangerschaftswoche (SSW) 10 + 0 p. m. für unsere Methode des NIPT zulässig.

### GKV-Patientin

Wenn die Indikation gegeben ist, kann die Leistung über die gesetzliche Krankenversicherung bzw. KV abgerechnet werden.

Liebes Praxisteam,  
Bitte füllen Sie neben diesem Anforderungsschein auch den Muster 10-Schein aus.



**Eintrag Feld Diagnose/Verdachtsdiagnose:**  
Hinweis oder Risiko auf Vorliegen einer Trisomie

**Eintrag Feld Auftrag:**  
NIPT auf Trisomie 13, 18, 21

### Privatpatientin / Selbstzahlerin

Patientin wünscht Auftrag als Selbstzahlerleistung (Kosten der Laborleistung nach GOÄ 209,87 EUR)

### Pflichtangaben

Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_ Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_

Datum der Blutentnahme (TT/MM/JJJJ): \_\_\_\_\_

Sonografisch ermitteltes Gestationsalter bei der Blutentnahme:

SSW: \_\_\_\_\_ Tage: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Geburtstermin (TT/MM/JJJJ): \_\_\_\_\_

- Einlingsschwangerschaft
- Zwillingschwangerschaft

- IVF / ICSI – wenn ja:
- eigene Eizelle oder  Eizellspende

Alter der Eizellspenderin / der Mutter (eigene Eizelle)  
bei Entnahme: \_\_\_\_\_ Jahre

### Zusätzliche Angaben

Heparinbehandlung     Transplantation     Bluttransfusion     Stammzelltherapie     ggf. Tumorerkrankung der Frau

Vanishing Twin, festgestellt am (TT/MM/JJJJ): \_\_\_\_\_     Besonderheiten \_\_\_\_\_

Ich wünsche die Bestimmung des Geschlechts des Feten     Ja     Nein

Die Kosten der Geschlechtsbestimmung betragen **15,-- EUR**. Sie sind nicht erstattungsfähig und werden von mir (Patientin) getragen. Mir ist bekannt, dass mir gemäß dem GenDG das kindliche Geschlecht nach Ablauf der 14. SSW mitgeteilt werden darf.

### Einwilligung der Patientin zur Durchführung des NIPT auf Trisomie 13, 18, 21

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der NIPT aus meiner Blutprobe durchgeführt wird. Ich bestätige, durch meine Ärztin / meinen Arzt ausführlich genetisch beraten und über die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens aufgeklärt worden zu sein. Offene Fragen meinerseits bestehen z. Zt. nicht. Mir wurde erläutert, dass ein unauffälliges Testergebnis (niedriges Risiko) eine Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt, ein positives Testergebnis (hohes Risiko) mittels invasiver Diagnostik bestätigt werden sollte und mir das vollständige Untersuchungsergebnis mitgeteilt wird. Zudem wurde ich darüber informiert, dass bei Zutreffen einer oder mehrerer der oben genannten zusätzlichen Angaben die Testgenauigkeit beeinträchtigt sein kann und die Testversagerquote erhöht sein kann. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich den Auftrag jederzeit gegenüber dem / der verantwortlichen Arzt / Ärztin und dem Labor widerrufen kann. Weiterhin wurde ich über mein Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses informiert, einschließlich des Rechts, das Untersuchungsergebnis Oder Teile davon nicht zur Kenntnis zu nehmen, sondern vernichten zu lassen, das ich gegenüber meinem Arzt / meiner Ärztin und dem Labor schriftlich oder mündlich geltend machen kann. Die Befundübermittlung erfolgt nach den gesetzlichen Vorschriften. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle zur Testdurchführung benötigten erhobenen Daten im Rahmen der DSGVO von Labor Dr. Heidrich & Kollegen elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Diese Einwilligung kann Ich jederzeit widerrufen.

Meine Probe darf in anonymisierter Form zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet werden:     Ja     Nein

Informationen zum Datenschutz unter: [www.labor-heidrich.de/footer/datenschutz/](http://www.labor-heidrich.de/footer/datenschutz/)

Ort / Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift der Patientin / gesetzl. Vertreter:in \_\_\_\_\_

### Erklärung der einsendenden Ärztin/des einsendenden Arztes

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die o. g. Patientin gem. §10 GenDG genetisch beraten habe. Die Untersuchung dient der vorgeburtlichen Risikoabklärung. Die Patientin wurde von mir über den NIPT auf Trisomie 13,18, 21 und seine Grenzen aufgeklärt. Gemäß meiner Qualifikation nach §7 GenDG fordere ich die pränatale Untersuchung (NIPT) beim Labor Dr. Heidrich & Kollegen an.

Ort / Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift einsendende/r Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_