

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!



Pflichtangaben: Anzahl der Feten:

Abnahmedatum Abnahmezeit SSW ab SSW 11+0 möglich

**Hinweis: Bitte dieses Dokument dem Untersuchungsauftrag, z.B. Muster 10, beilegen.
Die Probe muss vollständig mit Vor- und Nachnamen sowie Geburtsdatum beschriftet werden,
ansonsten ist keine Bearbeitung möglich.**

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMÄSS GENDIAGNOSTIK-GESETZ

nicht-invasive Bestimmung des fetalen **Rh-Faktors** aus maternalem Blut zur gezielten Rh-Prophylaxe

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung sowie zur Probenentnahme. Über Zweck, Art, Umfang, und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Befundmitteilung jederzeit widerrufen kann. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der Untersuchung in meinem Mutterpass dokumentiert wird. **Alternativ: Nicht einverstanden**

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie diese bitte durch Ankreuzen mit ja oder nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. Nachforderungen im Labor aufbewahrt werden. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial und Ergebnisse zum Zwecke der internen Qualitätssicherung und für wissenschaftliche Fragestellungen verwendet wird. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgende(r) weitere(r) Ärztin/ Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält. ja nein
Name Arzt/Ärztin _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass mir die Analyse bei Selbstzahlerleistung und bei Mehrlingsschwangerschaften mit 134,07 Euro in Rechnung gestellt wird. Zudem wurde ich darauf hingewiesen, dass mir bei Widerruf die entstandenen Kosten nur bis zum Zeitpunkt des Widerrufs in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Patientin
Unterschrift des /der Betreuer/in

Unterschrift / Stempel Arzt/Ärztin