

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.

Bitte füllen Sie neben diesem Anforderungsschein auch den Muster 10-Schein aus: 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/

Ich bin damit einverstanden, dass mein Befund in meine persönliche elektronische Patientenakte (ePA) hochgeladen wird. Damit wird der Befund für andere Ärzte und Ärztinnen sowie Zugehörige anderer Heilberufe einsehbar. Ich kann aber jederzeit den Befund über meine ePA-App verbergen. Ja Nein

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 _____