

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
T T M M J J	h h m m	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

ab SSW 11+0 möglich

**Hinweis: Bitte dieses Dokument dem Untersuchungsauftrag, z.B. Muster 10, beilegen.  
Die Probe muss vollständig mit Vor - und Nachname 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 Untersuchung 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 bitte diese 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 verwendet wird  ja  nein

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

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

**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 \_\_\_\_\_