



Begleitschein für eingesandte Proben

Einsender
verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

betreuende/r Ärztin/Arzt:

Name:
Straße:
Postleitzahl und Ort:

Patient weiblich / männlich

Nachname:
Vorname:
Geburtsdatum:

Anschrift

Straße:
Postleitzahl und Ort:

Kostenträger:

- gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 6 + 10)
- privat versichert Selbstzahler (IGeL)
- Rechnung an Klinik

Indikation

- sonographisch fetale Auffälligkeiten:
- auffällige Serumparameter
- Altersrisiko
- psychische Indikation:
- Schwangerschaft/Kind mit Chromosomenstörung:

- V. a. Dysmorphiesyndrom (Auffälligkeiten):
- V. a. Translokation:
- familiäres, genetisches Risiko:
- andere Indikation:

Schwangerschaftswoche

rechnerisch: sonographisch: letzte Periode: | |

- Einling Mehrling

Schwangerschaftsverlauf

- unauffällig
- auffällig:

Geschlechtsmitteilung

- gewünscht
- nicht gewünscht

Art der Probe

- Chorionzotten
- Plazentazotten
- Fruchtwasser
- Abortgewebe
- Heparinblut (für Chromosomen, FISH)
- EDTA Blut (für Array-CGH, PCR)
- Fetus
- Kind
- Erwachsener

Probeentnahme

Datum und Uhrzeit:

Angeforderte Untersuchungen

- Chromosomenanalyse
- FISH für 21, 18, 13, X, Y
- FISH
- Array-CGH**
vergleichende genomische Hybridisierung

Datum: Name verantwortliche/r Ärztin/Arzt:
Unterschrift:

Bitte Aufklärung und Einwilligung auf der Rückseite beachten.



Patient

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte erläutern Sie die Fragestellung (Indikationsstellung) und teilen Sie Voruntersuchungen und Befunde mit.

Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung

- Zahl und Struktur der Chromosomen _____
 - weitere spezielle Diagnostik: _____
 - Array-CGH _____
- wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

Die gewonnene Probe wird nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz § 13).

Frau/Herr Dr. _____

hat meine zusätzlichen Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Datum:	Unterschrift	Unterschrift	
	der Ärztin/des Arztes	der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten	

Einwilligung der Patientin/des Patienten

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit. Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein.

Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.

- Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine erneute genetische Beratung.
- Ich habe das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.
 Als Privatversicherter oder Selbstzahler erhalte ich eine Rechnung nach GOÄ, die von mir beglichen wird.
- Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.
- Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten: ich selbst

Frauenärztin/-arzt: _____

Kinderärztin/-arzt: _____

Hausärztin/-arzt: _____

Datum:	Unterschrift
	der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten