

Partnerschaft

Dr. Meschede u. Fr. Dr. Schubert

Herbert-Lewin-Straße 9

50931 Köln

Tel. 0221-28275464

Tel. 0221-28275461

Versicherungsstatus

gesetzlich

privat

stationär

Anforderungsbogen für pränatale genetische Untersuchungen

Fruchtwasser

Chorionbiopsat

Fetalblut

Abortmaterial

Einsender

SSW rechnerisch ___ + ___

SSW sonografisch ___ + ___

Probe

Datum + Uhrzeit der Entnahme _____ Ort der Entnahme Praxis / Klinik

Indikation für die Untersuchung

maternales Alter von ___ Jahren

auff. Serum-Screening Details:

auff. Ultraschall Details:

Sonstiges Details:

Angeforderte Analysen Amniocentese

Karyotypierung + AFP	<input type="checkbox"/>	AChE	<input type="checkbox"/>
FISH 22q11.2	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/> _____
FISH- / PCR-Schnelltest	nein		<input type="checkbox"/>
	ja, indizierte Diagnostik		<input type="checkbox"/>
	ja, Wunschleistung		<input type="checkbox"/>
DNA-Asservierung	<input type="checkbox"/>		

Angeforderte Analysen Chorionbiopsat / Abortmaterial / Fetalblut

Karyotypierung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/> _____
DNA-Asservierung	<input type="checkbox"/>		

Zur Beachtung

- Für in Auftrag gegebene Analysen, die unser Labor nicht anbietet, werden Kooperationspartner / externe Labors beauftragt.
- Bei fetalen DNA-Analysen bitte 5 - 10 ml mütterliches EDTA-Blut beifügen.
- Die Erklärungen lt. GenDG auf der Rückseite *müssen* ausgefüllt werden.

Bitte wenden! Erklärungen laut Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Erklärungen laut Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Einverständniserklärung zur einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten vorgeburtlichen genetischen Untersuchung aufgeklärt und - sofern von mir gewünscht - genetisch beraten worden zu sein. In Kenntnis meines jederzeitigen Widerrufsrechtes gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung.

Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtung des Untersuchungsmaterials *

Mit der Aufbewahrung des nach der Analyse verbleibenden Untersuchungsmaterials für evtl. zukünftige, weiterführende Untersuchungen und zur Sicherstellung der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse sowie für qualitätssichernde Maßnahmen (in pseudonymisierter Form) bin ich einverstanden.

ja nein

Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtung der Ergebnisse *

Mit der Aufbewahrung der Ergebnisse über die vom GenDG vorgesehene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden. Im Einzelfall kann es wichtig sein, auf mehr als 10 Jahre alte Untersuchungsergebnisse zurückgreifen zu können.

ja nein

* Wenn Sie keine der beiden Wahlmöglichkeiten ankreuzen, greift die gesetzliche Standardregelung, d.h. Vernichtung des Materials nach Abschluß der Untersuchung und Vernichtung der Ergebnisse nach Ablauf von 10 Jahren.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Stempel u. Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person (lt. §3 Abs. 5 GenDG)