

Einsender:

Patientendaten:

Rechnung: Kasse ambulant (Schein Muster 10) stationär Selbstzahler
 privat ambulant privat stationär

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG (für Selbstzahler / Kassenpatienten (ohne Überweisung) / Privatpatienten):

Ich wünsche, dass die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen auf privatärztlicher Basis durchgeführt werden. Mir ist bewusst, dass ich für die anfallenden Kosten selbst aufkommen muss, wenn meine Versicherung die Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt.

(Datum/Unterschrift).....

Untersuchungsanforderung Pränatale Diagnostik

Material:

Fruchtwasser (10-20 ml) Chorionzotten (20-50 mg) Abortgewebe (mind. 50 mg) fetales Gewebe

Anzahl der Feten: _____ **SSW:** _____

Pränatale genetische Diagnostik:

- Mikroskopische Chromosomenanalyse ***
- Mikroskopische Chromosomenanalyse und FISH-„Schnelltest“ (für Chr. 13 / 18 / 21 / X / Y)**
- FISH für spezifische Chromosomenregion:**
bitte angeben: _____
- Pränatales Exom**
Telefonische Vorankündigung und Blut beider Elternteile notwendig

* Durchführung der Chromosomenanalyse in Kooperationslabor

Indikation / Diagnose:

- Erhöhtes mütterliches Alter
- Auffälliges Ersttrimester-Screening
- Auffälliger Ultraschallbefund
- Auffälliger nicht-invasiver Pränataltest (NIPT)
- Vorliegen einer chromosomalen Auffälligkeit bei einem Elternteil (z.B. balancierte Translokation)
- Chromosomenaberration in früherer Schwangerschaft
- Habituellem Abort, intrauteriner Fruchttod

Klinische Angaben

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente zusammen:

- Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (siehe oben)