



Begleitschein für eingesandte Proben

Einsender
verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient weiblich / männlich

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Krankenkasse:

Versicherter:

betreuende/r Ärztin/Arzt:

Name:

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Indikation

sonographisch fetale Auffälligkeiten:

V. a. Dysmorphiesyndrom (Auffälligkeiten):

auffällige Serumparameter
 Altersrisiko

V. a. Translokation:

psychische Indikation:

familiäres, genetisches Risiko:

Schwangerschaft/Kind mit Chromosomenstörung:

andere Indikation:

Schwangerschaftswoche

rechnerisch: sonographisch: letzte Periode: | |

Schwangerschaftsverlauf

unauffällig
 auffällig:

Geschlechtsmitteilung

gewünscht
 nicht gewünscht

Einling

Mehrling

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
 PCR für 21, 18, 13, X, Y
 Array-CGH

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).

- Sie darf für weitere Überprüfungen (Qualitätssicherung) anonymisiert verwendet werden.

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.

Ich habe das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.

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