



Name weiblich
 männlich
 divers

Vorname

Straße

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)

Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

Tel.: 0231-95 72-0
Fax: 0231-57 98 34

info@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Rechnung

- Rechnung an Patient:in ambulant §116b
 Überweisungsschein (Muster 10) stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Anforderungsschein Pränataldiagnostik: Zytogenetische / Molekularzytogenetische (FISH-) Analysen

Rücksprachen bitte unter Tel: 0231 9572-6512

Stand 01/2024

Probenmaterial

Probenentnahme (Datum/Uhrzeit):

- Fruchtwasser Lithiumheparin-Nabelschnurblut Abortgewebe
 Chorionzottenbiopsat mütterliches EDTA-Blut (zum Kontaminationsausschluss bzw. 2x 9ml für RhD-NIPT)

Angaben zur Patientin und zur Schwangerschaft (* Bitte nähere Angaben machen und ggf. Unterlagen beifügen.)

SSW nach Ultraschall:

Einlingsschwangerschaft

errechnete SSW:

Mehrlingsschwangerschaft

Vanishing Twin

Gravida: Para:

Konzeption: spontan IVF/ICSI

Totgeburten, Kinder mit Behinderungen/Erkrankungen*:

Familienanamnese*:

Indikation für Diagnostik (* bitte nähere Angaben machen und ggf. Unterlagen beifügen.)

auffälliger Ultraschallbefund*

V. a. monogen bedingte Erkrankung*

- auffälliger NIPT* auffälliges Ersttrimesterscreening*
 erhöhtes mütterliches Alter balancierte Chromosomenaberration eines Elternteils*
 wiederholte Fehlgeburten / Totgeburten vorherige Schwangerschaft mit Chromosomenaberration/Fehlbildung*
 RhD-negative Schwangere Sonstiges*:

Gewünschte Untersuchungen (bitte spezifizieren)**

- konventionelle Chromosomenanalyse pränatale FISH-Diagnostik (Chromosomen 13, 18, 21, X, Y)
 AFP im Fruchtwasser spezielle Interphasen/Metaphasen-FISH**
 ACHE im Fruchtwasser gezielte molekulargenetische Diagnostik:
 DNA-Array-Analyse / OGM (Optical Genome Mapping)
 NGS-Panel/ (Trio) Exom-Analyse fetaler Rhesus-Faktor aus mütterlichem Blut (RhD-NIPT)

Einverständniserklärung Patientin / Patient (siehe Rückseite)

Die angeforderten genetischen Analysen unterliegen dem Gendiagnostik-Gesetz. Daher ist das Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten (bzw. eines gesetzl. Vertreters) für die Durchführung zwingend erforderlich. Bitte verwenden Sie hierzu das Formular auf der Rückseite dieses Anforderungsscheins.

Einwilligungserklärung für genetische Diagnostik

Patientenangaben

Name, Vorname: weiblich männlich
 Geburtsdatum: schwanger: Nein Ja, SSW:
 Differenzialdiagnostik (symptomat. Patient/in) prädiktive Diagnostik/Heterozygotentest. pränatale Diagnostik
 Art des Untersuchungsmaterials: Entnahmedatum:
 genetische bzw. sonstige Vorbefunde liegen nicht vor liegen vor
 Befunde Patient/in, Familie Kopie beigelegt

Aufklärung und Einwilligungserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt aufgeklärt, informiert und ggf. humangenetisch beraten wurde:

- über die Art und den Umfang der genetischen Analyse sowie Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung,
- über die von mir erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Daten (gem. EU-DSGVO)
- über meinen Anspruch auf eine genetische Beratung und angemessene Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung,
- über mein Recht, diese Einwilligung bis zur Kenntnisnahme jederzeit ohne Begründung zu widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials zu verlangen sowie mein Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nicht-Wissen),
- über die reguläre Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren,
 - ich bin mit einer längerfristigen Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse (30 Jahre) einverstanden Nein Ja *
- über die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung,
 - bei komplexen Fragestellungen kann eine längerfristige Aufbewahrung sinnvoll sein. Hiermit bin ich einverstanden Nein Ja *
 - (Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Aufbewahrung.)
- dass bei Anwendung moderner Analyseverfahren ggf. auch genetische Daten erhoben, aber nicht ausgewertet werden, die nicht mit der genannten Fragestellung in Zusammenhang stehen,
- dass in Einzelfällen eventuell **Zufallsbefunde** erhoben werden können, die nicht mit der u.g. Fragestellung in Zusammenhang stehen
 - Eventuell erhobene Zufallsbefunde möchte ich erfahren (Keine Auswahl wird als „Nur, wenn...“ gewertet.):
 Nein Ja Nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Konsequenzen ergeben.
 (Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zufallsbefunden; bei Familienanalysen dienen die Analyseergebnisse *nicht Betroffener* nur zur Beurteilung von Varianten des Indexpatienten)

Ich bin einverstanden:

- mit der Entnahme von Probenmaterial,
- mit der angeforderten molekular- / zytogenetischen **Diagnostik zur Abklärung / bei V.a.:**
- , dass die Untersuchungsergebnisse durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt an folgende Ärztinnen/Ärzte mitgeteilt werden dürfen:

- , dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf, Nein Ja *
- , dass Probe und erhobene Ergebnisse anonymisiert für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen verwendet werden. Nein Ja *
- , dass bei Gengruppen-Untersuchungen die Zusammensetzung der auf www.labmed.de genannten Gene für die klinische Fragestellung je nach Stand der Wissenschaft sinnvoll angepasst werden kann.

* Keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet.

Ort, Datum

Unterschrift **Patient/in** bzw. Name & Unterschrift Vertreter/in

Name/Stempel & Unterschrift verantwortliche/r **Ärztin/Arzt**