

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



**Ärztliche Leitung: Dr. med. G. Strobl-Wildemann**

Karlstraße 33 · 89073 Ulm  
Tel. 0731 - 850 773-0  
Fax 0731 - 850 773-33

info@humangenetik-ulm.de  
www.humangenetik-ulm.de

Kostenloser Probentransport: Telefon 07121 - 585 683-5

## Anforderungsbogen **Pränatale humangenetische Analyse**

**Labor-Nr.**  
vom Labor auszufüllen

**Einsender**  Wir bitten um Zusendung von Entnahme- und Versandmaterial

Klinik / Station  Praxis / Arzt

Adresse / Stempel

**Kostenträger**

- ambulant  Laborschein Nr. 10 bitte beilegen  
 Privat, GOÄ, Rechnung an Patientin
- stationär  Rechnung an Einsender / Klinik  
 Privat, GOÄ, Rechnung an Patientin

Befundkopie an:

- Patientin Geschlechtsmitteilung:  ja  nein  
 weiteren Arzt, Patienten-Einwilligung liegt vor .....

**Untersuchungsmaterial**

- Chorionzotten  
 Nabelschnurblut  
 Fruchtwasser:  klar  frischblutig  altblutig

Entnahme: Datum ..... Uhrzeit ..... Menge .....

### Weitere Patientenangaben

Eigen- / Familienanamnese der Patientin:  unauffällig  auffällig: .....

Eigen- / Familienanamnese des Kindsvaters:  unauffällig  auffällig: .....

Verwandtenehe  nein  ja, welche: .....

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft SSW rechn.: ..... Besonderheiten: .....

SSW US: .....

### Angaben zu früheren Schwangerschaften

Anzahl früherer Schwangerschaften: ..... Anzahl gesund geborener Kinder: .....

- Chromosomenanomalie bei vorangegangener Schwangerschaft/Kind  
 Fehlbildungen/genetische Erkrankungen bei vorangegangener Schwangerschaft/Kind

Bitte genaue Angaben: .....

### Indikation: aktuelle Schwangerschaft

- erhöhtes mütterliches Alter  auffälliger Ultraschall  
 psychische Belastung  auffälliger Ersttrimester-Test  
 Fehlgeburten (zusätzliches elterliches Heparin-Blut)  NT auffällig ..... mm  
 andere: .....  Biochemie auffällig

### Angeforderte Untersuchung

- Chromosomenanalyse  Pränataler Schnelltest (IGEL, Selbstzahlerleistung)  
 Alpha-Fetoprotein (AFP)  Acetylcholinesterase (ACHE)  
 DiGeorge-Syndrom (Mikrodeletion 22q)  Array-CGH (bitte EDTA-Blut der Mutter beifügen)  
 DNA-Diagnostik (bitte Befund u. EDTA-Blut der Mutter beilegen)  
 Gen: ..... Mutation: .....  Sonstiges: .....



**Ärztliche Leitung: Dr. med. G. Strobl-Wildemann**

Karlstraße 33 · 89073 Ulm  
Tel. 0731 - 850 773-0  
Fax 0731 - 850 773-33

info@humangenetik-ulm.de  
www.humangenetik-ulm.de

Kostenloser Probentransport: Telefon 07121 - 585 683-5

Name der Patientin

.....

## Einverständniserklärung zur genetischen Analyse gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse länger als die vom GenDG vorgesehenen 10 Jahre aufbewahrt werden.

ja  nein

Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung für evtl. zukünftige Untersuchungen unbefristet aufbewahrt wird.

ja  nein

Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung verschlüsselt für Qualitätskontrollen verwendet werden darf.

ja  nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Untersuchung und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Patientin bzw.  
des gesetzlichen Vertreters

.....  
Unterschrift der gemäß GenDG  
verantwortlichen ärztlichen Person