

Markierung



Richtig

Falsch

Bitte schwarz markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

| Patientendaten | | | | Einsender, Auftraggeber | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------|--|--|--|
| Praxisinterne Patienten-Nummer ▶ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> weiblich | | | | | | | |
| Name | | | | behandelnder Arzt: | | | |
| Vorname | | | | Telefon-Nr. | | | |
| Strasse | | | | direkt/intern: | | | |
| PLZ / Ort | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | frühere letzte Bef.-Nr. | | | | | |

| Bearbeitung | | | | Rechnung an | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notfall bis: | | | | <input type="checkbox"/> Patientin | | | |
| <input type="checkbox"/> Tel. Bericht: | | | | <input type="checkbox"/> Krankenkasse | | | |
| <input type="checkbox"/> Befundkopie an: Fax.Nr. oder genaue Postadresse | | | | <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger: | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Einsender | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> sofort | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> mit Beleg sofort | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> monatlich | | | |

| Untersuchungsmaterial | | | |
|---|-----|-------|------|
| Entnahmedatum | Tag | Monat | Jahr |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 x cell free DNA BCT-Tube BCT | | | |

PRÄNATAL-TEST harmony™

Angaben zur Schwangerschaft NIPT20

Schwangerschaftswoche (SSW + Tag) nach Ultraschall: +

Einlingsschwangerschaft NIPT30 IVF / ICS NIPT40

Zwillingschwangerschaft NIPT32 ja eigene Eizelle

(Keine Untersuchung gonosomaler Störungen) fremde Eizelle (Spende)

Alter der Spenderin bei Entnahme: Jahre

US am S.L.: mm

Körpergewicht der Mutter: kg Körpergrösse: cm

Indikation

35 Jahre oder älter bei Geburt des Kindes Erblich bedingtes Risiko für eine fetale Aneuploidie

Frühere Schwangerschaft mit einer fetalen Aneuploidie Erhöhtes Risiko für eine Aneuploidie nach ETT (>1:1000)

Ultraschall-Auffälligkeit des Fetus

Gewünschte Untersuchung

Screening

Trisomie 21, 18, 13 NIPT01

Trisomie 21, 18, 13, mit Geschlechtsbestimmung NIPT02

Trisomie 21, 18, 13, XY-Analyse, mit Geschlechtsmitteilung NIPT03

Trisomie 21, 18, 13, X1-Analyse NIPT04

Informierte Zustimmung zur genetischen Diagnostik

Zuweisender Arzt:
Ich habe oben genannte Person gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (GUMG) eingehend über den Pränatal-Test aufgeklärt und Ihr Einverständnis für die verlangten Untersuchungen eingeholt.

Stempel und Datum: _____ Unterschrift der Ärztin / des Arztes (zwingend): _____

Einverständnis der Patientin:
Ich wurde vom Arzt eingehend aufgeklärt und bin mit der Untersuchung einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift der Patientin (zwingend): _____

22

Hinweis zur Präanalytik:

Blutentnahme

2 Spezialröhrchen:
(cell free DNA BCT-Tubes)



beide Röhrchen füllen,
mindestens je 8.5 ml Blut

- **vorsichtig** durchmischen (5-6x),
Hämolyse vermindert die Erfolgsquote

bei Raumtemperatur aufbewahren

mit Schutzhülse ins Labor schicken,
Postversand tauglich