

Name, Vorname des Versicherten

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

HUMANGENETISCHES LABOR

Dr. med.

DAGMAR Hühle

Humangenetikerin und Kinderärztin

Leipziger-Str. 176

08058 Zwickau

Tel (03 75) 28 11 26

Fax (03 75) 28 11 10

Praxisanschrift:

Karl-Liebknecht-Straße 14

04107 Leipzig

Tel (03 41) 99 39 84 91

Fax (03 41) 99 39 84 92

www.genetik-praxis.de

**Begleitformular für genetische Untersuchung**Geschlecht des Patienten: weiblich männlich

Ethnische Herkunft:

Bitte bei Probenentnahme unbedingt auf Sterilität achten!
 Für Chromosomenuntersuchung aus Blut **Heparin-Monovetten** von SARSTEDT benutzen! Für Gewebe- bzw. Abortmaterial die von uns gelieferten Röhrchen mit Transport-Medium anfordern!

Vertragsarztstempel
Unterschrift des überw. Arztes**Pränatale Diagnostik**
 ACT
durchgeführt am:

 Chordocentese

 CVS
abdominal
vaginal

von Doktor:

Menge (FW/Blut, Chorion)

Beschaffenheit der Fruchtwasserprobe:

ml

 klar/hell

 altblutig

 frischblutig

Besonderheiten

Anamnese
 Klinische Diagnose/
 Symptome/
 Fragestellung/
 Differentialdiagnose
Postnatale Diagnostik
 Venenblut
 Knochenmark
 Abortmaterial
 Haut usw.

Entnahme am:

Wievielte Schwangerschaft

Schwangerschaftswoche nach I. R.

+ Tage

Tag

Monat

Jahr

nach US.

+ Tage

1. Tag der letzten Regel

Geburten

Aborte

Interruptiones

Totgeburten

Untersuchungsauftrag

- Chromosomenanalyse
- Alpha-Fetoprotein
- CATCH 22
- Molekulargenetische Untersuchung

Als GOÄ-Leistung FISH-Diagnostik

- Chromosomen 21/13
- Chromosomen 21/13 und 18, X, Y

Unterschrift
der Patientin:.....

Einweisender Arzt:

Unterschrift auf Einverständniserklärung für genetische Untersuchung nicht vergessen!

Name, Vorname des Versicherten

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum



Dr. med.

DAQMAR HÜHLE

Humangenetikerin und Kinderärztin

Leipziger-Str. 176

08058 Zwickau

☎ (03 75) 28 11 26

Fax (03 75) 28 11 10

Praxisanschrift:

Karl-Liebknecht-Straße 14

04107 Leipzig

☎ (03 41) 99 39 84 91

Fax (03 41) 99 39 84 92

www.genetik-praxis.de

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

**Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige (n) ich/ wir/mein/unser Einverständnis mit der geplanten zytogenetischen / molekulargenetischen Diagnostik der in Frage stehenden Erkrankung
..... bei mir/uns/meinem/unserem Kind/ zu erwartenden Kind.**

<p>Ich wurde/ wir wurden im Rahmen einer genetischen Beratung über Ziel und Aussagemöglichkeit dieser Untersuchung informiert</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Ich bin mit der Abnahme des Untersuchungsmaterials (Chorion, Fruchtwasser und/oder Blut) und der Durchführung der genetischen Diagnostik einverstanden und habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine sofortige Vernichtung des Untersuchungsmaterials vor. Mit Ihrer Einwilligung darf das Material aber länger aufbewahrt werden. Ich bin mit der Aufbewahrung der Probe für ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung einverstanden</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial darf in pseudonymisierter Form für laborinterne Qualitätssicherung (Kontrollprobe) und für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt werden</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Mit der Weitergabe des Untersuchungsmaterials an ein Kooperationslabor, sofern es für die Diagnostik notwendig wird, bin ich/ sind wir einverstanden</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Mit der Weitergabe der Befunde außer an den überweisenden Arzt bin ich/ sind wir auch mit der Weitergabe der Befunde an Dr..... einverstanden, der mich/ uns bei Abwesenheit des veranlassenden Arztes auch zeitnah über das Untersuchungsergebnis informieren darf</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Die korrekte Beschriftung der Entnahmeröhrchen wurde von mir kontrolliert</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten