

**Partnerschaft**

**Dres. Meschede u. Schubert**

Herbert-Lewin-Straße 9

50931 Köln

Tel. 0221-28275464 (Sprechstunde)

Tel. 0221-28275462 (Labor)

**Versicherungsstatus**      gesetzlich       privat       stationär

---

**Anforderungsbogen für pränatale genetische Untersuchungen**

Fruchtwasser       Chorionbiopsat       Fetalblut       Abortmaterial

**Einsender**

SSW rechnerisch      \_\_\_ + \_\_\_

SSW sonografisch      \_\_\_ + \_\_\_

**Probe**

Datum + Uhrzeit der Entnahme \_\_\_\_\_

Ort der Entnahme Praxis / Klinik

**Indikation für die Untersuchung**

maternales Alter            von \_\_\_ Jahren

auff. Serum-Screening            Details:

auff. Ultraschall            Details:

Sonstiges            Details:

**Angeforderte Analysen Amniocentese**

Karyotypisierung + AFP            AChE     

FISH 22q11.2            Sonstiges       \_\_\_\_\_

FISH- / PCR-Schnelltest      nein     

ja, indizierte Diagnostik     

ja, Wunschleistung     

DNA-Asservierung     

**Angeforderte Analysen Chorionbiopsat / Abortmaterial / Fetalblut**

Karyotypisierung            Sonstiges       \_\_\_\_\_

DNA-Asservierung     

**Zur Beachtung**

- Mit Analysen, die unser Labor nicht anbietet, werden externe Labors beauftragt.
- Bei fetalen DNA-Analysen bitte 5 - 10 ml mütterliches EDTA-Blut beifügen.
- Die Erklärungen lt. GenDG auf der Rückseite *müssen* ausgefüllt werden.

**Bitte wenden! Erklärungen laut Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

## Erklärungen laut Gendiagnostikgesetz (GenDG)

### **Einverständniserklärung zur einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten vorgeburtlichen, genetischen Untersuchung aufgeklärt und - sofern von mir gewünscht - genetisch beraten worden zu sein. In Kenntnis meines jederzeitigen Widerrufsrechtes gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung.

### **Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtung des Untersuchungsmaterials \***

Mit der Aufbewahrung des nach der Analyse verbleibenden Untersuchungsmaterials für evtl. zukünftige, weiterführende Untersuchungen und zur Sicherstellung der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse sowie für qualitätssichernde Maßnahmen (in pseudonymisierter Form) bin ich einverstanden.

**ja**       **nein**

### **Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtung der Ergebnisse \***

Mit der Aufbewahrung der Ergebnisse über die vom GenDG vorgesehene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden. Im Einzelfall kann es wichtig sein, auf mehr als 10 Jahre alte Untersuchungsergebnisse zurückgreifen zu können.

**ja**       **nein**

\* Wenn Sie keine der beiden Wahlmöglichkeiten ankreuzen, greift die gesetzliche Standardregelung, d.h. Vernichtung des Materials nach Abschluß der Untersuchung und Vernichtung der Ergebnisse nach Ablauf von 10 Jahren.

**Ort, Datum**

**Unterschrift der Patientin**  
(oder des gesetzlichen Vertreters)

**Stempel u. Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person (lt. §3 Abs. 5 GenDG)**