

Einsendeschein pränatale genetische Untersuchung

Bitte senden an:



LADR
Medizinisches Versorgungszentrum
Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde
Berghäuser Str. 295

45659 Recklinghausen



email: info@ihre-humangenetikerin.de
Internet: <http://www.ihre-humangenetikerin.de>

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: Vorname:

geb.: Tel.:

Straße

PLZ Ort

Ihr Ansprechpartner in unserem Labor ist:

Name: Dr. Frank Austrup
Tel.: 02361 - 30 00 - 0

Angaben zur Abrechnung:

stationär ambulant Krankenkasse: privat
bitte Ü-Schein beilegen Adresse bitte oben eintragen

Untersuchungsmaterial:

- Fruchtwasser
- Chorionzotten
- Abortgewebe
- Nabelschnurblut

Gewünschte Untersuchung:

- Differenzierte Chromosomenanalyse
- AFP
- Acetylcholinesterase
- ...

Datum der Entnahme:

Ggf. Uhrzeit:

Untersuchungsgrund:

Ergebnisse/Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte Kopien beilegen):

Informationen zur Familienanamnese (ggf. auf der Rückseite):

Informationen zur vorangegangenen Schwangerschaften:

Angabe zur aktuellen Schwangerschaft:

Rechn. SSW: _____ US-SSW: _____

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen (GKV):

Ich möchte den FISH-Schnelltest als IGEL-Leistung (Untersuchungskosten: 121,00 Euro)

Schnelltest (FISH): **IGEL-Leistung** → _____
Datum, Unterschrift der Patientin

Einverständnis der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!) - bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung -

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blutentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin bzw. deren (gesetzlichen) Vertreters	Stempel und Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person
------------	---	--