

ANFORDERUNG EINER PRÄNATALEN ZYTOGENETISCHEN DIAGNOSTIK

Einsendender Arzt: (bitte Stempel oder Druckschrift)

Kostenübernahme:

Name:

Überweisungsschein liegt bei

Klinik:

Rechnung an Krankenhaus

Straße:

Privatrechnung ambulant

Ort:

stationär

Telefon:

Angaben über die Patientin

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon:

Adresse der Patientin:

Material

Chorionzotten

Fruchtwasser

Nabelschnurblut

Vorausgegangene Schwangerschaften

Gesamtzahl:

Lebendgeborene:

Totgeborene:

Spontanaborte:

Abbrüche:

Jetzige Schwangerschaft

1. Tag der letzten Regel: SSW rechnerisch: SSW nach Ultraschall:

Indikation zur zytogenetischen Diagnostik

Erhöhtes mütterliches Alter

Psychische Indikation

Auf eigenen Wunsch

Auffälliger Ultraschallbefund:

Serumbiochemie - Risiko 1: Sonstige Indikation:

Art der Untersuchung

Konventionelle Chromosomenanalyse

Pränataler Schnelltest Kostenübernahme für pränatalen Schnelltest liegt bei

Spezifische FISH-Analyse (bitte telefonische Rücksprache)

Sonstige (bitte telefonische Rücksprache)

Einverständniserklärung des Patienten/ der Patientin/ des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten Untersuchung und der dazu notwendigen Materialentnahme. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum:

Unterschrift (Patient / -in / gesetzl. Vertreter)