



# Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal **Q J J**

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß  § 116b SGB V    eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Abnahmedatum **T T M M J J**    Abnahmezeit **h h m m**    SSW

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befund eilt, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerrunfällen

Muster 10 (10.2020)

Informationen zur Schwangerschaft	PreNata® NIPT	Anlass für die genetische Untersuchung
<p>Schwangerschaftswoche NIPT (mind. 9+0 p.m.); Fetaler RhD (mind. 11+0 p.m.)</p> <p>Körpergröße (cm)</p> <p>Gewicht (kg)</p> <p><input type="checkbox"/> Patientin erhält niedermolekulares Heparin</p> <p><b>Anzahl der Feten</b></p> <p><input type="checkbox"/> Einlingsschwangerschaft    <input type="checkbox"/> monochorial</p> <p><input type="checkbox"/> Zwillingschwangerschaft    <input type="checkbox"/> dichorial</p> <p><input type="checkbox"/> Z. n. Vanishing Twin</p> <p><small><sup>a</sup> Untersuchung auf Veränderungen der Geschlechtschromosomen nicht möglich. Bestimmung des kindlichen Geschlechts nur eingeschränkt möglich. Der Test kann nicht bei höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften durchgeführt werden.</small></p> <p><small><sup>b</sup> Kann das NIPT-Ergebnis beeinflussen</small></p> <p><b>IVF/ICSI</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> eigene Eizelle(n)</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> Eizellspende</p> <p>Alter der Spenderin bei Entnahme</p>	<p><b>Auftrag zur Durchführung des PreNata® NIPT</b></p> <p><b>Option 1 (NIPT1)</b></p> <p><input type="checkbox"/> fetale Trisomie 13, 18, 21<sup>c</sup></p> <p><b>Option 2 (NIPT2)</b></p> <p><input type="checkbox"/> fetale Trisomie 13, 18, 21<sup>c</sup>; zusätzlich Bestimmung des kindlichen Geschlechts<sup>d</sup></p> <p><b>Option 3 (NIPT3)</b></p> <p><input type="checkbox"/> fetale Trisomie 13, 18, 21<sup>c</sup>; zusätzlich Untersuchung der Geschlechtschromosomen<sup>e</sup> inklusive Bestimmung des kindlichen Geschlechts<sup>d</sup></p> <p><b>Option 4 (NIPT4)</b></p> <p>Bei dieser Option werden ergänzend Chromosomenveränderungen untersucht, die sehr selten auftreten. Die Anzahl der falsch positiven Testergebnisse kann infolgedessen zunehmen und so möglicherweise eine unnötige invasive Folgeuntersuchung nach sich ziehen. Entsprechend wird diese Untersuchung von den Fachgesellschaften derzeit nicht empfohlen.</p> <p><input type="checkbox"/> fetale Trisomie 13, 18, 21<sup>c</sup>; zusätzlich Untersuchung der Geschlechtschromosomen<sup>e</sup> inklusive Bestimmung des kindlichen Geschlechts<sup>d</sup> und Untersuchung der Chromosomen 1–22 inklusive CNVs ≥ 7Mb</p> <p><small><sup>c</sup> als Kassenleistung möglich</small></p> <p><small><sup>d</sup> Mitteilung ist ab SSW 14+0 p.m. möglich und erfolgt durch den behandelnden Arzt. Eingeschränkt möglich für Zwillingschwangerschaften</small></p> <p><small><sup>e</sup> nicht möglich für Zwillingschwangerschaften</small></p>	<p><input type="checkbox"/> 35 Jahre oder älter bei der Geburt</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschallauffälligkeiten des Feten</p> <p><input type="checkbox"/> erblich bedingtes Risiko für eine Aneuploidie des Feten</p> <p><input type="checkbox"/> frühere Schwangerschaft mit einer fetalen Aneuploidie</p> <p><input type="checkbox"/> erhöhtes Risiko einer Aneuploidie basierend auf Screeningmethoden zur pränatalen Risikobestimmung</p> <p><input type="checkbox"/> unzumutbare Belastung der Schwangeren aufgrund der Ungewissheit, ob eine Chromosomenveränderung vorliegt</p> <p><input type="checkbox"/> andere medizinische Gründe / weitere testrelevante Informationen zur Schwangerschaft:</p>
<p><b>Fetaler Rhesusfaktor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fetaler RhD als Kassenleistung / für Rhesus-negative Schwangere</p> <p><input type="checkbox"/> Fetaler RhD privatversichert</p> <p>- Nicht invasive Bestimmung des fetalen RhD, min. SSW 11 + 0 p. m. empfohlen ab SSW 17 + 0 p.m.</p> <p>- Nur bei Einlingsschwangerschaft möglich</p> <p>- Die Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen darf nur mit eindeutiger Beschriftung des Namen, Vornamen und Geburtsdatums erfolgen (§14 TFG 2015).</p>	<p><b>Material</b></p> <p>1-mal EDTA Sarstedt-Monovette (7,5 ml) oder Vacutainer-EDTA-Blut (9 ml)</p>	<p><b>Material</b></p> <p>Ausschließlich das PreNata® NIPT Blutentnahmeset (Cell-Free DNA BCT CE Röhrchen von Streck) verwenden! Probeneingang möglichst taggleich oder spätestens am Folgetag • Lagerung über Nacht im Kühlschrank bei 2°C–8°C.</p>



Siemensstraße 40  
32105 Bad Salzuflen  
Telefon 05222 8076-580  
info@prenata.de  
www.prenata.de



0051 0054 00

bitte wenden → (Einverständniserklärung)

# Einwilligungserklärung zur Anforderung einer pränatalen genetischen Untersuchung gemäß GenDG

PreNata® NIPT

## Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz

Mit dieser Einverständniserklärung bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ausreichender Bedenkzeit gemäß Gendiagnostikgesetz mein Einverständnis mit der/den angeforderten genetischen Analyse/n und der dafür notwendigen Probenentnahme. Ich bin einverstanden mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Labor. Ich wurde über den Zweck der Untersuchung, die zu untersuchende[n] Erkrankung[en] und deren genetischen Grundlage, sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der durchzuführenden Tests umfassend aufgeklärt. Mir wurde erläutert, dass es sich bei dem PreNata NIPT-Test nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt und ein unauffälliges Ergebnis eine fetale Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt. Ich bin mit der Befundübermittlung an den anfordernden Arzt einverstanden. Ich erkläre mich einverstanden mit:

Der **Aufbewahrung und Nutzung erhobener Ergebnisse** anonymisiert zum Zwecke der Qualitätssicherung und für wissenschaftliche Zwecke  ja  nein

Der **Aufbewahrung und Verwendung des Untersuchungsmaterials** für mögliche spätere Untersuchungen und anonymisiert zur Qualitätssicherung sowie für wissenschaftliche Zwecke  ja  nein

**Aufklärung zu Zusatzbefunden:** In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung in Zusammenhang stehen, jedoch nach dem aktuellen Kenntnisstand eine klinische Relevanz haben. Hierzu gehören in äußerst seltenen Fällen auch maternale Tumorerkrankungen. Über diese Befunde möchte ich informiert werden [sofern keine Auswahl getroffen, wird »nein« angenommen].

ja  nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.

Name, Vorname aufklärende[r] Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift aufklärende[r] Ärztin/Arzt\* \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient[in] / gesetzlicher Vertreter[in] \_\_\_\_\_

## Datenschutzerklärung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die IMEDAC GmbH, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzufen, welche im Auftrag für verschiedene Labore handelt. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [datenschutz@imedac.de](mailto:datenschutz@imedac.de). Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung Ihrer Daten sind die Erfüllung von Verträgen, die Wahrung des berechtigten Interesses, Ihre Einwilligung sowie die Erfüllung öffentlicher Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt zur Erbringung der angeforderten Laboranalysen bei den Auftragslaboren. Verarbeitet werden u.a. personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Krankenversicherungsdaten, Abrechnungsart, ggf. Bankverbindung, anamnestiche Daten, [Verdachts-] Diagnose, sowie Untersuchungsergebnisse und Parameter, die übermittelt werden. Wir erhalten Ihre Daten über den von Arzt/ Klinik /Labor übersandten Laboranforderungsschein mit den entsprechenden Angaben. Es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen für die Speicherung Ihrer Daten [mind. 10 Jahre]. Wenn Sie von Ihrem Recht auf Auskunft/Löschung/Berichtigung/Widerrufung/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte [\[datenschutz@imedac.de\]](mailto:datenschutz@imedac.de). Einwilligungen können jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen werden. Sie haben darüber hinaus ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Alle Details zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten und Pflichten, sowie eine Liste unserer Auftragsverarbeiter entnehmen Sie bitte der detaillierten Datenschutzerklärung auf unserer Webseite: <https://www.imedac.de/datenschutzerklaerung/>

## IGeL

### Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung [IGeL]

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die umseitig angeforderte[n], privatärztliche[n] Laboranalyse[n] in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte[n] ärztliche[n] Leistung[en] in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten [Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ] nach aktuellem Stand] selbst tragen. Gleiches gilt für die bei meinem behandelnden Arzt anfallenden Kosten. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

IGeL [Rechnung an Patient/-in] \_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_



0051 0055 00