



Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

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

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

Informationen zur Schwangerschaft

PreNata® NIPT

Schwangerschaftswoche + p.m.

NIPT (mind. 9+0 p.m.)

Fetaler RhD (mind. 11+0 p.m.)

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

- Patientin erhält niedermolekulares Heparin
- Zwillingsschwangerschaft vorliegend^a
- Z. n. Vanishing Twin^b

^a Untersuchung auf Veränderungen der Geschlechtschromosomen nicht möglich. Bestimmung des kindlichen Geschlechts nur eingeschränkt möglich. Der Test kann nicht bei höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften durchgeführt werden.

^b Kann das NIPT-Ergebnis beeinflussen

Auftrag zur Durchführung des PreNata® NIPT

Option 1 (NIPT1)

- fetale Trisomie 13, 18, 21^c

Option 2 (NIPT2)

- fetale Trisomie 13, 18, 21^c, inklusive Mitteilung des kindlichen Geschlechts^d

Option 3 (NIPT3)

- fetale Trisomie 13, 18, 21^c, zusätzlich Untersuchung der Geschlechtschromosomen^e inklusive Mitteilung des kindlichen Geschlechts^d

Option 4 (NIPT4)

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.

- fetale Trisomie 13, 18, 21^c, zusätzlich Untersuchung der Geschlechtschromosomen^e inklusive Mitteilung des kindlichen Geschlechts^d und Untersuchung der Chromosomen 1–22 inklusive CNVs ≥ 7Mb

^c als Kassenleistung möglich

^d Mitteilung ist ab SSW 14+0 p.m. möglich und erfolgt durch den behandelnden Arzt. Eingeschränkt möglich für Zwillingsschwangerschaften

^e nicht möglich für Zwillingsschwangerschaften

Anlass für die genetische Untersuchung

- 35 Jahre oder älter bei der Geburt
- Ultraschallauffälligkeiten des Feten
- erblich bedingtes Risiko für eine Aneuploidie des Feten
- frühere Schwangerschaft mit einer fetalen Aneuploidie
- erhöhtes Risiko einer Aneuploidie basierend auf Screeningmethoden zur pränatalen Risikobestimmung
- unzumutbare Belastung der Schwangeren aufgrund der Ungewissheit, ob eine Chromosomenveränderung vorliegt
- andere medizinische Gründe / weitere testrelevante Informationen zur Schwangerschaft:

Fetaler Rhesusfaktor

- Fetaler RhD als Kassenleistung / für Rhesus-negative Schwangere
- Fetaler RhD privatversichert

- Nicht invasive Bestimmung des fetalen RhD, min. SSW 11+0 p. m. empfohlen ab SSW 17+0 p.m.

- Nur bei Einlingsschwangerschaft möglich

- Die Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen darf nur mit eindeutiger Beschriftung des Namen, Vornamen und Geburtsdatums erfolgen (§14 TFG 2015).

Material

1-mal EDTA Sarstedt-Monovette (9 ml) oder Vacutainer-EDTA-Blut (9 ml)

Material

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.



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



0051 0054 02

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]. Hiervon ausgenommen sind bei Testoption 2 die Aneuploidien der Geschlechtschromosomen.

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]

* Ich bestätige als beauftragende(r) Ärztin/Arzt, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

Datenschutzerklärung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die IMEDAC GmbH, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen, welche im Auftrag für verschiedene Labore handelt. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@imedac.de. Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung Ihrer Daten sind die Erfüllung von Verträgen, die Wahrung des berechtigten Interesses, Ihre Einwilligung sowie die Erfüllung rechtlicher 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, anamnestische Daten, [Verdachts-] Diagnose, sowie zu untersuchende Parameter, die uns 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/Widerspruch/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte [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 Auftragslabore 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 0054 02