

ANFORDERNDE ÄRZTIN/ANFORDERNDER ARZT

Name | Vorname

Praxis/Klinik + Station

Telefon | Fax

E-Mailadresse

ABSENDER/KLINIK/PRAXIS-STEMPEL

PATIENTENETIKETT

PATIENTIN

Name | Vorname

Geburtsdatum

1 AUFTRAG FÜR EINE PRÄNATALE GENETISCHE UNTERSUCHUNG

Angaben zur Schwangerschaft

Anzahl der Feten: Einlingsschwangerschaft
 Zwillingschwangerschaft
 (Keine Untersuchung X/Y-chromosomaler Störung,
 keine Geschlechtsbestimmung)

IVF/ICSI: JA NEIN
 Eigene Eizelle(n)
 Eizellenspende (Fremdspende)
 Alter der Spenderin bei Entnahme:

Angaben zur Probenentnahme

Entnahmedatum:

Schwangerschaftswoche:
 (SSW+Tag) bei Entnahme +

Angaben zur Patientin

Körpergröße: cm Körpergewicht: , kg

Testoptionen (gewünschte bitte ankreuzen)

fetalis-Test (Trisomie 21, 18, 13, Monosomie X):

mit Nennung des Geschlechts ohne Nennung des Geschlechts

Die Untersuchung erfolgt, weil:

JA NEIN Ich 35 Jahre oder älter bin

JA NEIN ein Screening-Ergebnis außerhalb
 des Normalbereichs vorliegt

JA NEIN aus anderen Gründen (z.B. Familienanamnese), da die
 Möglichkeit einer genetischen Erkrankung beim Fötus
 besteht:

JA NEIN folgende andere medizinische Gründe vorliegen:

2 EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Die Durchführung der Analyse unterliegt dem Gentechnikgesetz (GTG). Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung gemäß § 69 Abs. 1 GTG stimme ich der von mir gewünschten genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des GTG zu. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner/m Ärztin/Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen als auch ein genetisches Beratungsgespräch in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung. Ich wurde auch darüber informiert, dass ich das Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses der genetischen Analyse habe. ARCHIMED Life Science GmbH* (Leberstrasse 20/2, 1110 Wien), als Teil der amedes Gruppe, koordiniert den Probenversand an das ausführende Partnerlabor (Georgstraße 50, 30159 Hannover, Deutschland) sowie die medizinische Befundübermittlung über die Ordination Prof. Dr. Berthold Streubel (Leberstraße 20/2, 1110 Wien).

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt oder die jeweilige Vertretung den Befund erhält.

JA NEIN

Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden.

JA NEIN

Ich bin mit der Weitergabe meiner Gesundheitsdaten an die Archimed Life Science GmbH, an die Ordination Prof. Dr. Streubel sowie an

das deutsche Labor amedes MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin, Hämostaseologie, Humangenetik und Mikrobiologie Hannover einverstanden.

JA NEIN

Ort | Datum Unterschrift Patientin

Bestätigung behandelnde/r Ärztin/Arzt: Ich habe die Patientin/Vertragspartnerin auf der Basis meiner spezifischen Qualifikation genetisch beraten, sorgfältig aufgeklärt und fordere gemäß § 65 GTG ihre pränatale genetische Untersuchung mit dem fetalis®-Test an. Die Untersuchung dient der vorgeburtlichen Risikoabklärung (Trisomie 21, Trisomie 18, Trisomie 13 und Monosomie X) und soll an der eingesandten Blutprobe erfolgen. Die o.g. medizinischen Gründe liegen vor.

Ort | Datum Unterschrift Ärztin/Arzt