



Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

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 eingeschränkter Leistungsanspruch

§ 116b SGB V gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

SSW

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Befund / Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
 NIPT (nicht-invasiver Pränataltest)



Das Original bitte zusammen mit der Blutprobe an das Labor Dr. Wisplinghoff senden.

Informationen zur Schwangerschaft Datum der Blutentnahme (TT/MM/JJJJ)*

Schwangerschaftswoche: * + p.m. (mind. SSW 9 + 0, max. SSW 32 + 1) Nachlieferung (neue Blutprobe)

Einlingsschwangerschaft* Körpergröße: cm

Zwillingschwangerschaft (nur Trisomien 13, 18, und 21; ohne Zusatzoptionen. Keine Kassenleistung.)* Gewicht vor der Schwangerschaft: kg

Anlass der genetischen Untersuchung

35 Jahre oder älter bei der Geburt des Kindes Frühere Schwangerschaft mit einer fetalen Aneuploidie Erhöhtes Risiko einer Aneuploidie basierend auf Screeningmethoden zur pränatalen Risikobestimmung

Ultraschall-Auffälligkeiten des Fetus Erblich bedingtes Risiko für eine fetale Aneuploidie

Andere medizinische Gründe/weitere Informationen zur Schwangerschaft (z. B. vanishing twin):

Anforderung nach GenDG

Ich bestätige, dass oben genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. Die schriftliche Einwilligung der Patientin zur gewählten genetischen Untersuchung liegt vor. Ich bestätige hiermit den Auftrag zur genetischen Analyse durch das Labor Dr. Wisplinghoff gemäß § 7 GenDG. Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern Barcode-Nummer auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig über den Namen und das Geburtsdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist.

Ort

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

*Pflichtfeld

▶ bitte wenden

Nachbestellung NIPT-Set, Stückzahl: 5 10 20



0007 0346 04

Dokument: UA NIPT (nicht-invasiver Pränataltest) 2022 06/01

NIPT (gemäß Mutterschaftsrichtlinie GOP 01870 – nur bei Einlingsschwangerschaft!)

Bestimmung der fetalen Trisomien 13, 18 und 21

NIPT (Selbstzahler)

- Bestimmung des fetalen Geschlechts** 17,49 €
Mitteilung durch die Ärztin/den Arzt gemäß GenDG ab SSW 12 + 0 p.c.
- Geschlechtschromosomenfehlverteilung (X0, XXX, XXY, XYY)** 52,47 €
- Seltene autosomale Aneuploidien und Deletionen/Duplikationen > 7 Mb** 69,96 €
- Bestimmung der fetalen Trisomien 13, 18 und 21** 169,03 €

ÄRZTLICHE LEISTUNGEN	GOP	GOÄ (1,0-fach)	GOÄ (1,8-fach/2,3-fach)
1. Beratung < 10 min	1	<input type="checkbox"/> 4,66 €	<input type="checkbox"/> 10,72 €
2. Beratung < 10 min	1	<input type="checkbox"/> 4,66 €	<input type="checkbox"/> 10,72 €
1. Beratung > 10 min	3	<input type="checkbox"/> 8,74 €	<input type="checkbox"/> 20,11 €
2. Beratung > 10 min	3	<input type="checkbox"/> 8,74 €	<input type="checkbox"/> 20,11 €
Humangenetische Beratung	21	<input type="checkbox"/> 20,98 €	<input type="checkbox"/> 48,26 €
Besprechung > 20 min	A34	<input type="checkbox"/> 17,49 €	<input type="checkbox"/> 40,22 €
Blutentnahme	250	<input type="checkbox"/> 2,33 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €
Ultraschall Schwangerschaft	415	<input type="checkbox"/> 17,49 €	<input type="checkbox"/> 40,22 €
Zuschlag transkavitärer Ultraschall	403	<input type="checkbox"/> 8,74 €	<input type="checkbox"/> 15,74 €
Fehlbildungs-Ultraschall	A1006	<input type="checkbox"/> 110,75 €	<input type="checkbox"/> 199,34 €

Preise inkl. Versand

Schriftliche Vereinbarung über eine Selbstzahlerleistung

Ich wünsche durch meine verantwortliche Ärztin/meinen verantwortlichen Arzt den NIPT als Privatpatientin in Anspruch zu nehmen. Der Wunsch ist nicht auf Initiative meiner Ärztin/meines Arztes zustande gekommen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenkasse gehört und diese Leistung deshalb das Notwendige überschreitet. Die Liquidation für die Leistung erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte (GOÄ).

Rechnung

Sie erteilen Ihr Einverständnis zur Übermittlung aller rechnungsrelevanten Daten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS). Eine PVS oder das Labor Dr. Wisplinghoff wird Ihnen nach Fertigstellung der Analyse und nach Ergebnismitteilung an die verantwortliche Ärztin/den verantwortlichen Arzt eine Rechnung auf Basis der amtlichen Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte (GOÄ) stellen.

Einwilligung zur Durchführung des NIPT

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Durchführung des NIPT. Ich wurde von meiner verantwortlichen Ärztin/meinem verantwortlichen Arzt gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt.

Ort

Datum

Erhobene, nicht namentlich gekennzeichnete Daten/Ergebnisse dürfen für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

- Ja
- Nein

Überschüssiges, nicht namentlich gekennzeichnetes Untersuchungsmaterial darf zum Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Forschung sowie der Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt werden.

- Ja
- Nein

Unterschrift der Patientin

Von der Patientin auszufüllen



0007 0433 00