Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätte | Arzt-Nr. | Datum

Labor Dr. Wisplinghoff

UNTERSUCHUNGSAUFTRAG
NIPT (nicht-invasiver Pränataltest)

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13062-01-00

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

Von der Ärztin/vom Arzt auszufüllen

Informationen zur Schwangerschaft

Datum Blutentnahme (TT/MM/JJJJ)

☐ Nachlieferung (neue Blutprobe)

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

☐ **Patientin erhält niedermolekulares Heparin (NMH)**

☐ **Einlingsschwangerschaft**

Körpergröße: cm

☐ **Zwillingsschwangerschaft (nur Testoption 1 und 2 ohne Zusatzoption möglich)**

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 der verantwortlichen **ärztlichen Person** X _____

Praxisstempel

Auftrag zur Durchführung des NIPT

Preise inkl. Versand | * Mitteilung durch den Arzt gemäß GenDG ab SSW 12 + 0 p.c.

☐ **Testoption 1** **249 €**
Bestimmung der fetalen Trisomie 21

Geschlechtsbestimmung erwünscht* ☐ **Ja** ☐ **Nein**

☐ **Testoption 2** **249 €**
Bestimmung der fetalen Trisomien 21, 18 und 13

☐ **Zusatzoption** **50 €**
Bestimmung der Monosomien/ Trisomien sowie Deletionen/ Duplikationen (genomweit, ab 7 Mb) aller Autosomen

Geschlechtsbestimmung erwünscht* ☐ **Ja** ☐ **Nein**

☐ **Testoption 3** **299 €**
Bestimmung der fetalen Trisomien 21, 18, 13 und gonosomaler Aneuploidien

☐ **Zusatzoption** **50 €**
Bestimmung der Monosomien/ Trisomien sowie Deletionen/ Duplikationen (genomweit, ab 7 Mb) aller Autosomen

Geschlechtsbestimmung erwünscht* ☐ **Ja** ☐ **Nein**

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 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 Ärzte (GOÄ) stellen.

0007 0346 03

ÄRZTLICHE LEISTUNGEN	GOP	€	ÄRZTLICHE LEISTUNGEN	GOP	€
☐ 1. Beratung < 10 min	1	10,72	☐ Besprechung > 20 min	A34	40,22
☐ 2. Beratung < 10 min	1	10,72	☐ Blutentnahme	250	4,20
☐ 1. Beratung > 10 min	3	20,11	☐ Ultraschall Schwangerschaft	415	40,22
☐ 2. Beratung > 10 min	3	20,11	☐ Zuschlag transkavitärer Ultraschall	403	15,74
☐ humangenetische Beratung	21	48,25	☐ Fehlbildungs-Ultraschall	A1006	110,75

Von der Patientin auszufüllen

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.

Erhobene, nicht namentlich gekennzeichnete Daten/Ergebnisse dürfen für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlich werden. ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Überschüssiges, nicht namentlich gekennzeichnetes Untersuchungsmaterial darf zum Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschatlichen Forschung sowie der Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt werden. ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Telefonnummer der Patientin

E-Mail-Adresse der Patientin

Ort, Datum

Unterschrift der **Patientin**

X

Dokument: UA NIPT (nicht-invasiver Pränataltest)

©2020 | wisplinghoff