

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Arztstempel der verantwortlichen ärztlichen Person



000020030038

Barcode aufkleben

ANFORDERUNGSFORMULAR - NIPT TRISOMIE

Versenden Sie das Original Anforderungsformular zusammen mit der Blutprobe in der NIPT-Box an das MGZ.



Durch die DAKkS nach DIN EN ISO 15189 akkreditiertes Labor. Die Akkreditierung gilt für den in der Urkundenanlage D-ML-13242-01-00 festgelegten Umfang.

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

nachgefordertes Material Name der Ärztin / des Arztes

Schwangerschaftswoche: + p.m. (mind. SSW 9+0) Patientin erhält niedermolekulares Heparin (NMH)

Zwillingschwangerschaft vorliegend ¹ Körpergröße: cm

¹ Bei Zwillingschwangerschaften ist nur Option 1, 2 und 3a möglich, für höhergradige Mehrlingsschwangerschaften ist der NIPT nicht validiert. Gewicht vor der Schwangerschaft: kg

Anlass der genetischen Untersuchung - Auf Überweisungsschein Muster 10 angeben oder folgend ankreuzen:

- 35 Jahre oder älter bei Geburt des Kindes
- Frühere Schwangerschaft mit einer fetalen Aneuploidie *bitte ggf. weitere Angaben*
- Erhöhtes Risiko einer Aneuploidie basierend auf Screeningmethoden zur pränatalen Risikobestimmung
- Ultraschall-Auffälligkeiten des Fetus
- Genetisch bedingtes Risiko für eine Aneuploidie *bitte ggf. weitere Angaben*
- Psychische Belastung
- Ergebnismitteilung in Englisch

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien

Ich bestätige, dass oben genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern Barcode-Nummer auf dem Blutröhrchen und dem Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig über den Namen und das Geburtsdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist. Die schriftliche Einwilligung der Patientin liegt mir vor.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

X

Bei Abrechnung über GKV: NIPT hinsichtlich fetaler Trisomien ist im individuellen Fall indiziert.

- Die Patientin erklärt mir gegenüber ihren Verzicht auf ein genetisches Beratungsgespräch.

Auftrag zur Durchführung des Nicht-invasiven Pränataltests (NIPT)

Untersuchungsumfang	GKV *	PKV / Selbstzahler
Option 1: Trisomie 21, 18, 13 oder beschränkt auf <input type="checkbox"/> T21 <input type="checkbox"/> T18 <input type="checkbox"/> T13	<input type="checkbox"/> inkl.	<input type="checkbox"/> 199 €
Option 2: Trisomie 21, 18, 13 inkl. Geschlechtsbestimmung oder beschränkt auf <input type="checkbox"/> T21 <input type="checkbox"/> T18 <input type="checkbox"/> T13	<input type="checkbox"/> + Eigenanteil 20 €	<input type="checkbox"/> 219 €
Option 3a: Fehlverteilungen der Chromosomen 1-22 inkl. größerer Chromosomenbereiche sowie Geschlechtsbestimmung	<input type="checkbox"/> + Eigenanteil 130 €	<input type="checkbox"/> 315 €
Option 3b: Fehlverteilungen der Chromosomen 1-22 inkl. größerer Chromosomenbereiche sowie Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen X und Y und Geschlechtsbestimmung	<input type="checkbox"/> + Eigenanteil 130 €	<input type="checkbox"/> 315 €

Geschlechtsbestimmung nicht gewünscht (bei Option 3a bzw. 3b)

- Das fetale Geschlecht darf in Deutschland gemäß § 15 Abs. 1 GenDG der Schwangeren mit ihrer Einwilligung nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche nach Empfängnis (p.c.) mitgeteilt werden.

* Bitte Überweisungsschein Muster 10 beilegen, wenn die Indikationskriterien gemäß Mutterschafts-Richtlinien erfüllt sind.

MGZ - Medizinisch Genetisches Zentrum

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Elke Holinski-Feder
Prof. Dr. med. Angela Abicht
Dr. med. Teresa Neuhann
Partnerschaft von Fachärztinnen für Humangenetik mbB, MVZ

Bayerstraße 3-5 | 80335 München
Telefon: +49 (0)89 30 90 886 - 400 | Fax: - 444
info@mgz-muenchen.de | www.mgz-muenchen.de

TRF-NIPT-2024-02

Seite 1 von 2

Kontoverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE 51 3006 0601 1006 6952 13 | SWIFT: DAAEDEDXXX
Kontoinhaber: MGZ - Medizinisch Genetisches Zentrum
UST-ID: DE DE288087570

ANFORDERUNGSFORMULAR - NIPT TRISOMIE

Einwilligung zur Durchführung des NIPT / nach GenDG (Gendiagnostikgesetz)

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Durchführung des NIPT. Ich wurde von meiner verantwortw. Ärztin / meinem verantwortw. Arzt gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt. Ich wurde darüber informiert und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden. Mein Recht auf Nichtwissen, auch von den Teilergebnissen des NIPT, habe ich zur Kenntnis genommen.

Darüber hinaus willige ich ein / nicht ein:

Erhobene Daten / Ergebnisse dürfen zum Zwecke der Qualitätssicherung und 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

In seltenen Fällen können unbeabsichtigt Hinweise auf Chromosomenveränderungen festgestellt werden, die nicht der gewählten Testoption entsprechen. Diese Zufallsbefunde können Hinweise auf mütterliche Erkrankungen geben (siehe Aufklärungsbogen). Ja Nein

Über Zufallsbefunde möchte ich informiert werden. Ja Nein

Ich entbinde die einsendende Ärztin / den einsendenden Arzt von ihrer/seiner Schweigepflicht und erlaube die Mitteilung von Bestätigungsergebnissen oder Befunden in Bezug auf den NIPT an das MGZ.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber der verantwortlichen Ärztin / dem verantwortlichen Arzt ganz oder in Teilen widerrufen. Bei Widerruf meiner Einwilligung bleibt die bis dahin erfolgte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

X

Schriftliche Vereinbarung zur Selbstzahlerleistung

Mir ist bekannt, dass die oben aufgeführten Laborleistungen des MGZ nur in Teilen gemäß der Muttschafts-Richtlinie zum Leistungskatalog der GKV gehören. Weitere Leistungen im Sinne der gewählten Optionen erstattet die gesetzliche Krankenkasse nicht. Ich wünsche durch meine verantwortw. Ärztin / meinen verantwortw. Arzt die erweiterte Leistung des NIPT gemäß der von mir gewählten Option als Privatpatientin in Anspruch zu nehmen. Es ist nicht gewährleistet, dass eine Kostenerstattung durch meine private Krankenkasse erfolgen wird. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich diese Leistungen selbst bezahlen muss, falls kein Kostenträger Erstattungen leistet.

Der Wunsch ist nicht auf Initiative meiner Ärztin / meines Arztes zustande gekommen. Auch wurde ich über den Nutzen und die Risiken dieser Behandlung aufgeklärt. Ich beauftrage hiermit die Durchführung des NIPT mit der oben gewählten Option, ggf. als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) mit Abrechnung entsprechend der GOÄ.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

X

Für Laborzwecke	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

interne Zwecke