

|                                         |     |                  |     |        |     |         |
|-----------------------------------------|-----|------------------|-----|--------|-----|---------|
| AOK                                     | LKK | BKK              | IKK | VdAK   | AEV | Knapps. |
| Name - Vorname des Versicherten geb. am |     |                  |     |        |     |         |
| Kassen-Nr.                              |     | Versicherten-Nr. |     | Status |     |         |
| Vertragsarzt-Nr.                        |     | VK gültig bis    |     | Datum  |     |         |

☐ ambulant ☐ privat\* ☐ stationär\* ☐ Selbstzahler\* ☐ ASV

\* ggf. unterschriebene Kostenübernahmeerklärung notwendig!

☐ Cito Faxbefund an \_\_\_\_\_  
Fax nur bei Vorliegen der unterschriebenen Einwilligung nach GenDG!

DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ GbR  
Dr. Usha Peters · Dr. Saskia Kleier · Dr. Astrid Preuße  
Altonaer Str. 61-63 · 20357 Hamburg  
T 040 43 29 26 43 · F 040 43 29 26 78  
kontakt@dna-diagnostik.hamburg · dna-diagnostik.hamburg



Praxis-/Klinikstempel

## ANFORDERUNGSSCHEIN ZUR MOLEKULARGENETISCHEN ABORTDIAGNOSTIK

Gemäß Gendiagnostikgesetz ist für Abortdiagnostik keine Einverständniserklärung erforderlich.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, einen Überweisungsschein des betreuenden Arztes einzureichen oder mit meiner Versichertenkarte die DNA Diagnostik Hamburg MVZ GbR zur Befund Übermittlung aufzusuchen, damit die Kostenübernahme der Diagnostik gewährleistet ist.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vertreter

Indikation: \_\_\_\_\_

Datum der Materialentnahme: \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Material (10–30 mg, in Transportmedium bzw. steriler phys. NaCl):

### 1. Trimenon

☐ Zotten ☐ Nabelschnur ☐ anderes fetales Material \_\_\_\_\_

### 2. | 3. Trimenon

☐ Nabelschnur ☐ anderes fetales Material: \_\_\_\_\_

☐ EDTA-Blut (2 ml) der Patientin zum Ausschluss einer maternalen Kontamination

### MOLEKULARGENETISCHE DIAGNOSTIK AUS ABORTMATERIAL

☐ PCR-Test z. A. der häufigsten Trisomien (13, 15, 16, 18, 21, 22), Triploidien, geschlechtschromosomalen Aberrationen (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triplo-X-Status).

☐ Ausschluss einer maternalen Kontamination der fetalen Probe (EDTA-Blut der Patientin wird benötigt).

Eine erweiterte molekulargenetische Diagnostik/Array-CGH aus Abortmaterial zum Ausschluss weiterer Trisomien und klinisch relevanter Deletionen/Duplikationen kann als Selbstzahlerleistung angeboten werden und erfolgt nur nach individueller Absprache. Hierzu wird eine unterschriebene Kostenübernahmeerklärung benötigt.