



Hier bitte nicht überkleben

Patientendaten				Einsender, Auftraggeber			
<b>Praxisinterne Patienten-Nummer</b> ▶							
Name							
Vorname							
Strasse							
PLZ/Ort							
Geburts-Datum				Frühere / letzte Bef.-Nr.		Behandelnder Arzt:	
<input type="checkbox"/> f				E-Mail:			

Markierung

Richtig =

Falsch =

Bitte schwarz markieren

Untersuchungsmaterial	Bearbeitung	Rechnung an
Entnahme: Datum/Zeit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 x cell free DNA BCT-Tube (STRECK-Röhrchen) <span style="float:right">BCT</span>  Gemäss Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) dürfen keine Befunde direkt an Patienten verschickt werden.	<input type="checkbox"/> Notfall bis: ..... <input type="checkbox"/> Tel. Bericht: ..... <input type="checkbox"/> E-Mail: ..... <input type="checkbox"/> Befundkopie an: .....	<input type="checkbox"/> Aktuelle Krankenkasse: ..... <input type="checkbox"/> Mitglied-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> AHV-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> IV: ..... <input type="checkbox"/> Verfügungs-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> Patientin <input type="checkbox"/> NPL (Nichtpflichtleistung) <input type="checkbox"/> Unfall Vers.: ..... <input type="checkbox"/> Fall Schaden-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> Unfalldatum: ..... <input type="checkbox"/> Police-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> Einsender mtl. <input type="checkbox"/> Einsender sofort <input type="checkbox"/> Mit Beleg sofort an Einsender <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger: .....

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

# VERISEQ-PRÄNATALTEST

Ab 10. Schwangerschaftswoche

Blutentnahme vormittags, vorteilweise nüchtern, am gleichen Tag wie Probentransport!  
Ein STRECK-Röhrchen gut gefüllt, 10x invertieren, nicht zentrifugieren und bis zum Transport bei 4°C lagern

**Klinische Angaben zur Schwangerschaft** NIPT20

Schwangerschaftswoche (SSW + Tag) bei Blutentnahme  +

Einlingsschwangerschaft NIPT30 Anzahl vollgängige Schwangerschaften: .....

Zwillingschwangerschaft NIPT32 IVF-Schwangerschaft?  ja  nein NIPT40

(keine Untersuchung gonosomaler Störungen.)

Verlust eines Zwillinges?  ja  nein NIPT40  
(vanishing twin) Wann: .....

US am  SSL:  mm

Körpergewicht der Mutter:  kg Körpergrösse:  cm

**Indikation**

Wunsch der Patientin NIPT40  Ultraschall-Auffälligkeit des Fetus

Frühere Schwangerschaft mit einer fetalen Aneuploidie NIPT40  Besonderheiten / spezielle Indikation:

Erhöhtes Risiko für eine Aneuploidie nach ETT (>1:1000)

**Gewünschte Untersuchung**

Basis-Trisomie-NIPT (Illumina-VeriSeq® NIPT-Solution):

Trisomie 21, 18, 13 NIPT01  Trisomie 21, 18, 13, XY-Analyse, NIPT03  
mit Geschlechtsmitteilung

Trisomie 21, 18, 13, mit Geschlechtsbestimmung NIPT02  Trisomie 21, 18, 13, XY-Analyse NIPT04

Erweiterter NIPT\* (Illumina-VeriSeq® NIPT-Solution):

Trisomie 21, 18, 13 + seltene autosomale Trisomien, gewisse Anomalien der Autosomen, XY-Analyse mit Geschlechtsbestimmung NIPT05

Trisomie 21, 18, 13 + seltene autosomale Trisomien, gewisse Anomalien der Autosomen, XY-Analyse ohne Geschlechtsbestimmung NIPT06

\* Zusatzkosten zum Basis-Trisomie-NIPT von 250 CHF (Die Kosten werden in der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen.)

Die schriftliche Zustimmung der Patientin und des aufklärenden Arztes (siehe Rückseite) ist obligatorisch

Nicht invasiver Pränataltest (NIPT)

**Informierte Zustimmung zur genetischen Diagnostik  
Nicht invasiver Pränataltest (NIPT)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethode aufgeklärt wurde. Meine Fragen wurden beantwortet und ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Ferner bestätige ich, ausführlich über mein Recht auf Nichtwissen beraten bzw. informiert worden zu sein.

Ich erkläre mich einverstanden, den nicht invasiven Pränataltest durchführen zu lassen, und stimme der Bearbeitung meiner Daten zu.

**Zufallsbefunde (Überschussinformationen): Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte «Zufallsbefunde»), wünsche ich, wie folgt über die Ergebnisse informiert zu werden:**

*Falls Sie die folgenden Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten.*

- |   |                             |                               |      |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------|
| Veranlagung für Erkrankungen, für die Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | 01 ■ |
| Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | 02 ■ |
| Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | 03 ■ |

Anderer Entscheid: \_\_\_\_\_ 04 ■

**Personenbezogene Daten:**

Ich erkläre mich einverstanden und genehmige, dass auf diesem Auftragsformular angegebene persönliche Daten (Name, Geburtsdatum und über Schwangerschaft relevante Informationen) zusammen mit meiner Blutprobe an Genesupport (Partnerlabor von Medica) für die Durchführung des VeriSeq gesandt werden.

**Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse (Rohdaten) für ergänzende Untersuchungen:**

Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen bei Genesupport (Partnerlabor von Medica) aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig.

*Falls Sie «nein» ankreuzen, wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet.*  ja  nein 05 ■

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können.  ja  nein 06 ■

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin (zwingend): \_\_\_\_\_

Ich habe oben genannte Patientin gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (GUMG) eingehend über den Pränataltest aufgeklärt und ihr Einverständnis für die verlangten Untersuchungen eingeholt.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes (zwingend): \_\_\_\_\_