

**Anforderungsschein für Laborleistungen**

Befund an **verantwortliche ärztliche Person** (gemäß GenDG)

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Bitte unbedingt ankreuzen!**

**KV (Ü-Schein Nr. 10 erforderlich, EBM)**  **Selbstzahler (GOÄ)**

**Rechnung an Einsender (GOÄ)**

Patientendaten ggf. -Aufkleber

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Kostenträger \_\_\_\_\_

Material

**Entnahme Datum:** \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

SSW (ab SSW 11 + 0 möglich, optimal ab SSW 19 + 0): \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Anzahl der Feten: \_\_\_\_\_

**Rhesus NIPT**

**Nicht-invasive Bestimmung des fetalen Rh-Faktors aus maternalem Blut zur gezielten Rh-prophylaxe**

Methode: SSP Real-Time PCR

**Material: 7,5 ml EDTA-Blut (geringere Mengen, nach Rücksprache) max. 5 Tage bis Eingang im Labor. Transport bei Raumtemperatur**

**Einwilligung des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters**

**Einwilligung des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters**

(gemäß Gendiagnostikgesetz Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blutentnahme. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

- Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden und ggf. Ergebnisse und Proben in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke und/oder als Kontrollproben genutzt/publiziert werden können.
- Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. für spätere Untersuchungen zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der genetischen Analyse an den mit-/weiterbehandelnden Arzt übermittelt werden können.
- Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Die Einwilligung des o. g. Patienten zur humangenetischen Untersuchung entsprechend dieses Anforderungsscheins und der o.g. Einverständniserklärung nach Gendiagnostikgesetz liegt mir vor:

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin /  
gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

32941 / 2 Anforderungsschein Rhesus NIPT gültig ab: 01.09.2025