

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Nicht-invasiver Screeningtest auf Trisomie 21, 18, 13 und geschlechtschromosomale Störungen

### Informationen zur Schwangerschaft bei Blutentnahme

Datum der Blutentnahme: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] Uhrzeit: [ ] [ ] : [ ] [ ] Uhr

Gestationsalter (SSW + Tag p.m.): [ ] [ ] + [ ] (mind. 10+0 bei Blutentnahme, möglichst nach US)

Einlingsschwangerschaft <sup>1</sup>  Zwillingschwangerschaft

IVF / ICSI

eigene Eizelle(n)  Eizellspende (fremde Eizelle(n))

Alter der Eizellspenderin / der Mutter (eigene Eizelle) bei Entnahme: [ ] [ ] Jahre

Körpergewicht: [ ] [ ] [ ] , [ ] kg Körpergröße: [ ] [ ] [ ] cm

Datum des Ultraschalls: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ]

<sup>1</sup> Bei Vorliegen eines Vanishing Twin kann der Harmony® Test nicht durchgeführt werden.

### Gewünschte Testoption

- Trisomie 21 249 €
- Trisomie 21, 18, 13 269 €
- Trisomie 21, 18, 13 + Analyse geschlechtschromosomaler Störungen<sup>2,3</sup> 299 €

### Gewünschte Zusatzoptionen

- + Mikrodeletion 22q11.2<sup>3</sup> 35 €
- + Geschlechtsmitteilung 0 €

<sup>2</sup> Monosomie X, Klinefelter-, Triple-X-, XYY- und XYY-Syndrom | <sup>3</sup> nur bei Einlingsschwangerschaften

Bitte den beiliegenden Barcode hier einkleben:

Beleg/Req.Form

Name \_\_\_\_\_

Geb.-Dat./DOB [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Wiederholungseinsendung

### Erklärung des nach GenDG verantwortlichen Arztes

Ich bestätige, o. g. Patientin gemäß §10 Gendiagnostikgesetz (GenDG) genetisch beraten zu haben.

Die Patientin wurde von mir über die Möglichkeiten und Grenzen des Harmony® Tests aufgeklärt. Gemäß meiner spezifischen Qualifikation nach §7 GenDG fordere ich diese pränatale genetische Untersuchung an.

Einsender (verantwortlicher Arzt nach GenDG)

Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

### Einwilligung zur Durchführung des Harmony® Tests gemäß dem Gendiagnostik-Gesetz

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der Harmony® Test aus meiner Blutprobe durchgeführt wird und verzichte auf den Zugang einer Annahmeerklärung. Ich bestätige, durch meinen Arzt entsprechend dem deutschen Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) ausführlich genetisch beraten und über die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens aufgeklärt worden zu sein. Dabei hatte ich ausreichend Zeit und Gelegenheit, offene Punkte anzusprechen. Mir wurde erläutert, dass es sich beim Harmony® Test nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt und ein unauffälliges Ergebnis eine Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt. Mir ist bekannt, dass mir entsprechend dem GenDG das kindliche Geschlecht erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche (entsprechend SSW 14+0 nach der letzten Regelblutung) mitgeteilt werden darf. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich den Auftrag jederzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs habe ich die bis dahin entstandenen Kosten zu tragen. Weiterhin wurde ich über mein Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses informiert. Ich stimme der Durchführung des Harmony® Tests auch durch das Labor Medirex, Galvaniho 17 / C, 82016 Bratislava, Slowakei zu. Medirex ist ein für den Harmony® Test von Roche Diagnostics geprüftes Labor. Die Cenata validiert die Befunde und stellt gleichzeitig sicher, dass die Befundübermittlung nach den gesetzlichen Vorschriften erfolgt. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der Cenata GmbH elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und auch (z.B. per Fax) übermittelt werden.

Ich willige ein, dass meine Probe in anonymisierter Form zum Zwecke der internen Qualitätssicherung oder zur Weiterentwicklung des Testverfahrens verwendet werden darf

- ja  nein

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

### Einverständniserklärung der Patientin zur gemeinsamen Abrechnung nach GOÄ

Die Abrechnung der privatärztlich erbrachten Leistungen und der Laborleistung erfolgt gemeinsam durch die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung - DGPAR GmbH, Bernauer Straße 21, 83209 Prien am Chiemsee. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, alle notwendigen Daten (Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsempfänger, Kostenträger, Diagnosen etc.) zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen an o. g. Unternehmen freizugeben und ermächtige die DGPAR, diese Daten elektronisch zu erheben, zu speichern, zu nutzen und zu übermitteln. Die DGPAR GmbH ist berechtigt, die Forderung im eigenen Namen geltend zu machen und einzuziehen, registrierte Rechtsdienstleister mit der Geltendmachung überfälliger Forderungen zu beauftragen sowie Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien einzuholen. Alle dortigen Mitarbeiter unterliegen den Bestimmungen des Strafgesetzbuches (§ 203 StGB) und des Bundesdatenschutzgesetzes und sind insbesondere auf das Datengeheimnis (§ 5 BDSG) verpflichtet. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 BDSG. Hiermit entbinde ich meinen Arzt / meine Ärztin sowie alle weiteren in der Praxis tätigen Mitarbeiter, die mich behandeln, von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung erforderlich ist, und willige in die Abrechnung der Laborleistungen und der ärztlichen Leistungen unmittelbar mir gegenüber durch das o. g. Unternehmen ein.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

### Leistungen in der Praxis

Die angegebenen Kosten entsprechen dem üblichen Steigerungssatz. Bei abweichendem Steigerungssatz bitte diesen vermerken. Bitte mindestens eine Leistung ankreuzen.

Zahlungsempfänger GOÄ-Leistungen (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

Voraussichtliches Datum Befunderörterung:

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Ziffer	Leistung	Kosten	Ziffer	Leistung	Kosten
1	<input type="checkbox"/> Initiale Beratung, einfach	10,72 €	250	<input type="checkbox"/> Blutentnahme	4,20 €
3	<input type="checkbox"/> Beratung mehr als 10 Min.	20,11 €	415	<input type="checkbox"/> Ultraschall Schwangerschaft	40,22 €
1	<input type="checkbox"/> 2. Beratung, einfach	10,72 €	403	<input type="checkbox"/> US-Zuschlag transkavitär	15,74 €
3	<input type="checkbox"/> 2. Beratung mehr als 10 Min.	20,11 €	1006	<input type="checkbox"/> Fehlbildungs-Ultraschall	110,75 €
21	<input type="checkbox"/> Humangenetische Beratung	48,26 €		<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen in der Praxis:	
34	<input type="checkbox"/> Ausführliche Befunderörterung	40,22 €			

Pat. Telefonnummer oder E-Mail für evtl. Rückfragen

\_\_\_\_\_

Der Harmony® Test ist ein hochentwickelter Screeningtest auf fetale Chromosomenstörungen. Er ist nicht zu Diagnosezwecken validiert oder bestimmt. Klinische Studien konnten ein hohes Maß an korrekter Erkennung von fetalen Chromosomenstörungen zeigen. Es werden jedoch nicht alle Feten mit Trisomien oder anderen Chromosomenstörungen erkannt. Als Primärprobe wird mütterliches Blut in cfDNA-Blutröhrchen entnommen. Für manche Feten mit einer Trisomie wird vom Harmony® Test ein „geringes Risiko“ ermittelt. Andererseits wird bei einigen wenigen euploiden (gesunden) Feten ein „hohes Risiko“ festgestellt. Falsch negative und falsch positive Ergebnisse sind, wenn auch sehr selten, möglich. Der Harmony® Test ist derzeit keine Kassenleistung und wird somit nur auf Antrag von einigen Krankenkassen erstattet.