

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

LABOR ENDERS

Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen MVZ
 Rosenbergstr. 85 • 70193 Stuttgart
 Tel. 0711 / 6357 - 0 • Fax - 202
 www.labor-enders.de



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

Selbstzahlerleistung: Laborkosten 134,07 € zzgl. 3,73 € Versandkosten, hinzu kommen ggf. Kosten für Blutentnahme und Beratung.

Abnahmedatum:

Uhrzeit:

SSW: + (Untersuchung ab der 20. SSW möglich)

Anzahl der Feten:

7,5 ml EDTA-Blut, unzentrifugiert, keine Kühlung erforderlich, max. 5 Tage bis Eingang im Labor. Die Probe muss vollständig mit Vor- und Nachname und Geburtsdatum beschriftet sein, ansonsten ist keine Bearbeitung möglich.

Barcode ggf. hier einkleben

Einsender

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz

Ich willige ein, dass aus der freien fetalen DNA in meinem Blut der Rh-Faktor meines ungeborenen Kindes untersucht wird. Dadurch kann in etwa 40 Prozent der Schwangerschaften die Rh-Prophylaxe in der 28.-30. Woche eingespart werden. Die Untersuchung wird mir als Selbstzahlerleistung nach der Gebührenordnung für Ärzte in Rechnung gestellt. Mir ist bekannt, dass gelegentlich falsch-positive und selten (etwa 1 von 500 Untersuchungen mit negativem Ergebnis) falsch-negative Testergebnisse möglich sind. In letzterem Fall würde trotz RhD-positivem Kind keine Rh-Prophylaxe in der Schwangerschaft erfolgen. Dann bestünde ein wiederum geringes Risiko von 1 bis 2 Prozent je nicht gegebener Rh-Prophylaxe, dass ich Antikörper gegen den Rh-Faktor bilde; danach wäre eine Rhesusunverträglichkeit in den nachfolgenden Schwangerschaften möglich. Nach der Geburt wird in jedem Fall der Rh-Faktor meines Kindes nochmals aus dem Nabelschnurblut bestimmt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials und aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann. Über das Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses wurde ich informiert. Ich habe alle bis zum Zeitpunkt des Widerrufs entstandenen Analysekosten zu tragen. Eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an die Patientin ist nicht zulässig.

Ich bin einverstanden, dass

- meine Probe für die Möglichkeit der Überprüfung des Ergebnisses im Labor aufbewahrt wird (empfehlenswert) Ja Nein
- die Ergebnisse meiner Untersuchungen länger als 10 Jahre aufbewahrt werden Ja Nein
- anonymisiertes Probenmaterial zum Zweck der internen Qualitätssicherung verwendet wird Ja Nein
- folgende weitere Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten: _____ Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes



0053 0052 00