

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

harmony

PRENATAL TEST

cenata
Cenata GmbH
Paul-Ehrlich-Str. 23
D-72076 Tübingen
Tel. +49 7071 - 565 44 430
Fax +49 7071 - 565 44 444
E-Mail info@cenata.de

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

Kostenträger: ☐ IGeL ☐ Private Krankenversicherung

Informationen zur Schwangerschaft

Datum der Blutentnahme: . . . Uhrzeit: . : . Uhr

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

☐ Einlingsschwangerschaft ☐ Zwillingschwangerschaft

☐ IVF / ICSI, wenn ja:

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

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

Körpergewicht: . . . kg Körpergröße: . . . cm

Datum des Ultraschalls: . . .

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft:

Benötigtes Material: 2 x 8 ml Blut, cfDNA-Röhrchen	IGeL ¹	PKV ¹
☐ Trisomie 21	169,00 €	191,03 €
☐ Trisomie 21,18,13	199,00 €	224,55 €
☐ + Geschlechtsbestimmung ²	17,49 €	20,11 €
☐ + Analyse geschlechtschromosomaler Störungen ³	69,00 €	77,09 €

¹ Die Abrechnung erfolgt mit der Patientin nach der Gebührenordnung für Ärzte entsprechend ihres Versicherungssstatus.

² Nur in Verbindung mit einer Risikoberechnung für Trisomien.

³ Monosomie X, Klinefelter-, Triple-X-, XYY- und XYYY-Syndrom (nur bei Einlingsschwangerschaften und nur zusätzlich zur Analyse auf Trisomie 21, 18, 13)

Bitte den beiliegenden Barcode hier einkleben



☐ 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

Name des Arztes in Klerschrift

X

Ort, Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Einwilligung zur Durchführung des Harmony® Tests gemäß Gendiagnostikgesetz

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 Gendiagnostikgesetz (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 kindliche 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 erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der Cenata GmbH elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und auch (z.B. per Fax) übermittelt werden. Die Befundergebnisse werden mir ausschließlich durch den verantwortlichen Arzt mitgeteilt.

Ich bin damit einverstanden, dass Probenmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung pseudonymisiert aufbewahrt und verwendet wird (ein Nichtankreuzen wird wie „nein“ gewertet). ☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass Ergebnisse aus Folgeuntersuchungen dem Labor schriftlich übermittelt und von diesem gespeichert und verarbeitet werden dürfen (ein Nichtankreuzen wird wie „nein“ gewertet). ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

X

Unterschrift der Patientin

Patientin 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. In seltenen Fällen sind der Harmony® Test oder einzelne Testoptionen (Analyse geschlechtschromosomaler Störungen, Geschlechtsbestimmung) nicht auswertbar.

Angaben zur Abrechnung

siehe Rückseite



0086 1096 00

Cenata GmbH
Paul-Ehrlich-Str. 23
72076 Tübingen

Geschäftsführer
Dr. Dirk Biskup
Dr. med. Kai Lüthgens

Ärztliche Leitung
Dr. med. Kai Lüthgens (Laboratoriumsmedizin)
Dr. med. Dr. rer. nat. Saskia Biskup (Humangenetik)

Volksbank in der Region eG
IBAN : DE32 6039 1310 0565 7630 08
BIC : GENODE33VH

Amtsgericht Stuttgart
HRB: 750747
USt.-IdNr.: DE298072120

Gewünschte Abrechnungsart: (bitte nur eine Option auswählen)

Per SEPA-Lastschriftmandat / Kreditkarte

☐ SEPA-Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige ich die Cenata GmbH, die Testkosten in auf der Vorderseite angegebener Höhe von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von meinem Konto gezogene Lastschrift einzulösen (Cenata GmbH Gläubiger-ID: DE75ZZZ00001576615). Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von acht Wochen eine Rückerstattung des Betrags verlangen kann. Hierbei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name (Kontoinhaber) _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Ihr Konto wird frühestens 4 Tage ab Antragsdatum belastet. Als Mandatsreferenz dient die Auftragsnummer unter dem Barcode. Sie erhalten nach der Zahlungsabwicklung postalisch eine Rechnung zugesandt.

Rechnungsanschrift, falls abweichend von oben

³ zur ausschließlichen Nutzung für Abrechnungszwecke

☐ Kreditkarte ³

☐ Mastercard

☐ VISA

☐ American Express

Kartennummer

gültig bis: _____

Prüfziffer (3- bzw. 4-stellig) _____

Name Karteninhaber _____

X

Unterschrift des Kontoinhabers / Karteninhabers

ODER

Gemeinsame Abrechnung nach GOÄ

Bei Auswahl dieser Abrechnungsoption werden die Leistungen der Cenata GmbH und der behandelnden Praxis von einem Abrechnungsservice nachträglich in Rechnung gestellt.

☐ gemeinsame Abrechnung nach GOÄ (Privat-/Selbstzahlerleistung)

Leistungen in der Praxis Bitte mind. eine Leistung ankreuzen

Ziffer	Leistung	Kosten € (Faktor)*	Datum	Abw. Faktor**
1	☐ Initiale Beratung, einfach	10,72 € (2,3)	_____	_____
3	☐ Beratung mehr als 10 min	20,11 € (2,3)	_____	_____
1	☐ 2. Beratung, einfach	10,72 € (2,3)	_____	_____
3	☐ 2. Beratung mehr als 10 min	20,11 € (2,3)	_____	_____
21	☐ Humangenetische Beratung	48,26 € (2,3)	_____	_____
34	☐ Ausführliche Befunderörterung	40,22 € (2,3)	_____	_____
250	☐ Blutentnahme	4,20 € (1,8)	_____	_____
415	☐ Ultraschall Schwangerschaft	40,22 € (2,3)	_____	_____
403	☐ US-Zuschlag transkavitär	15,74 € (1,8)	_____	_____
1006	☐ Fehlbildungs-Ultraschall	110,75 € (1,0)	_____	_____
_____	☐ Sonstige Leistungen der Praxis	_____	_____	_____

* Die angegebenen Kosten entsprechen dem ausgewiesenen Steigerungsfaktor.

** Bei abweichendem Steigerungsfaktor bitte diesen vermerken.

Die Angabe des Behandlungsdatums für die verschiedenen Leistungen ist verpflichtend. Die Beratungsziffern 1, 3, 21 und 34 bedingen laut GOÄ unterschiedliche Behandlungsdaten.

Ich bin mit der Weiterleitung der Laborproben sowie der dazu erforderlichen personenbezogenen Daten durch meinen behandelnden Arzt an die Cenata GmbH, Paul-Ehrlich-Str. 23, 72076 Tübingen - nachfolgend Labor - zum Zweck der diagnostischen Labormedizin einverstanden.

Ferner bin ich mit der Weitergabe der zur gemeinsamen Rechnungserstellung aus ärztlichen und labormedizinischen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenakte entnommenen Informationen zur Labordiagnostik (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose(n), Untersuchungs-, Befund- und ggf. Behandlungsdaten), an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG, Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart - nachfolgend PVS BW eG - einverstanden.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüberhinaus erforderlichen Daten aus der Patientenakte einverstanden.

Ich entbinde meinen Arzt sowie die Mitarbeiter des Labors von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), soweit dies für die gemeinsame Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen durch die PVS BW eG erforderlich ist.

Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass die PVS BW eG die auf diesem Formular angeforderten Selbstzahlerleistungen meines Arztes sowie des Labors mir gegenüber in Rechnung stellen und für fremde Rechnung einziehen wird.

X

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin



0086 0069 02