

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum Geschlecht m w d

Straße Hausnr.

PLZ Ort

Land

Ethnische Herkunft

Verantwortliche Arztperson und Ansprechpartner/in

Titel, Vorname, Name

Praxis/Klinik

Straße Hausnr.

PLZ Ort

Land

Telefon Fax

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Kostenträger

Klinik Privatpatient/Selbstzahler:
 §116b Kostenübernahmeerklärung erforderlich
 (siehe rechts)

Kostenübernahmeerklärung

*Ich wünsche die unten aufgeführte Leistung. Die Arztrechnung in Höhe von **704,12 €** ist von mir selbst zu bezahlen. Damit und mit der Weiterleitung meiner Daten an BüdingenMed zur Erstellung der Rechnung bin ich einverstanden.*

Ort und Datum Unterschrift Patient/in

Klinische Pflichtangaben (bitte Kopie des Mutterpasses und des letzten Arztbriefes beilegen, wenn möglich)

Gravida: Para: Geburtstermin: . . 2 0 SSW: + Tag:

Einlingschwangerschaft Mehrlingschwangerschaft Eizellenspende

bekannter **mütterlicher Antikörper**: nein ja: Anti- Titer: Gelkarte Röhrchen

bekannter **väterlicher Zygotiestatus**: nein ja:

Auftrag für eine nicht-invasive fetale Blutgruppenbestimmung für das Blutgruppenmerkmal*:

E/e (rs609320, c.676G>C) **K/k** (rs8176058, c.578C>T) **HPA-1a/b** (rs5918, c.176T>C)

Fy^a/Fy^b (rs12075, c.125G>A) **S/s** (rs7683365, c.143C>T) **HPA-5a/b** (rs1801106, c.1600G>A)

Jk^a/Jk^b (rs1058396, c.838G>A) **HPA-15a/b** (rs10455097, c.2108A>C)

Die beauftragte Untersuchung unterliegt den Bestimmungen des **Gendiagnostikgesetzes**. Sie ist daher nur in Verbindung mit einer erfolgten Aufklärung des/der Patienten/Patientin, einer unterschriebenen Einwilligungserklärung und einer genetischen Beratung durch eine dafür befugte Arztperson gültig.
Hiermit bestätigte ich, dass die Beratung durchgeführt und die Einwilligung eingeholt wurde.

Ort und Datum Unterschrift Ärztin/Arzt

Weitere wichtige Hinweise

Untersuchungsmaterial: Mutter: 2 x 10 ml in Streck® Cell-Free DNA BCT® Entnahmeröhrchen plus 1 x 10 ml EDTA-Blut. Röhrchen 10 x über Kopf schwenken, nicht öffnen, nicht zentrifugieren, nicht kühlen.

Probenversand: Eingang 1 Tag nach Entnahme sicherstellen. Bitte rufen Sie uns vorher an! Telefon: 0641-985-41502.

Untersuchungsverfahren: Next Generation Sequencing nach Aufreinigung zirkulierender zellfreier DNA aus mütterlichem Blut.

Abrechnung: Die Abrechnung der Leistung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach den Positionen 85 (2,3-facher Satz), 95 (1,15-facher Satz), 3920 (1,15), 3922 (1,15) und 4 x 3926 (1,15). Summe der Kosten = 704,12 €. Eine kassenärztliche Abrechnung durch Laborüberweisung (Muster 10) ist nicht möglich. *weitere Antigene: bieten wir ggf. auf Nachfrage an, bitte kontaktieren Sie uns telefonisch: 0641-985-41502.