

Nachname / Vorname

Geburtsdatum

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular teilweise nur das generische Maskulinum verwendet. Die weibliche Form ist ausdrücklich mit eingeschlossen.



WM-3214-AT-002

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben
oder eintragen

Original und Blutprobe
in Rücksendebox versenden.

Einlingsschwangerschaft

PraenaGenom (NIPS)

Auftrag zur genetischen Untersuchung

☒ Untersuchung auf Trisomien 21/18/13

Auswahl erforderlich

Wählen Sie
eine Option
(Frühestens ab
SSW 10 + 1 p.m.)

☐ SCA, RAA, CNV, Bestimmung des Geschlechts und 3 Mikrodeletionen

Untersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) der Autosomen, auf Fehlverteilungen der Gonosomen (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom), auf partielle Deletionen und Duplikationen ≥ 7 Mb der Autosomen und auf Mikrodeletionen < 7 Mb: DiGeorge-Syndrom (Mikrodeletion 22q11.2); Prader-Willi-Syndrom (15q11, Deletionen des paternalen Allels); Angelman-Syndrom (15q11, Deletionen des maternalen Allels)

☐ SCA, RAA, CNV, Bestimmung des Geschlechts und 9 Mikrodeletionen

Untersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) der Autosomen, auf Fehlverteilungen der Gonosomen (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom), auf partielle Deletionen und Duplikationen ≥ 7 Mb der Autosomen und auf Mikrodeletionen < 7 Mb: DiGeorge-Syndrom (Mikrodeletion 22q11.2); Cri-du-chat-Syndrom (5p-Deletionen); Prader-Willi-Syndrom (15q11, Deletionen des paternalen Allels); Angelman-Syndrom (15q11, Deletionen des maternalen Allels), 1p36-Deletionssyndrom; Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-Deletionen); Jacobsen-Syndrom (distales 11q-Deletionssyndrom); Langer-Giedion-Syndrom (Mikrodeletion 8q23.3-q24.11), Smith-Magenis-Syndrom (Mikrodeletion 17p11.2)

Vom Arzt auszufüllen

Datum der Blutentnahme

TTMMJJJJ

☐ Wiederholung (neue Blutprobe)

☒ Einlingsschwangerschaft

Schwangerschaftswoche

+ p.m.

☐ Vanishing Twin

Klinische Angaben zur Schwangerschaft

Körpergröße

cm

aktuelles Gewicht

kg

Mitteilung des Geschlechts

☐ Ja

☐ erst ab SSW 14 + 0 p.m.

☐ Nein

Bestätigung des Auftrags durch den verantwortlichen Facharzt/-ärztin gemäß §69 des österreichischen Gentechnik-Gesetzes

Ich habe die oben genannte Patientin gemäß §69 des österreichischen Gentechnik-Gesetzes humangenetisch beraten und aufgeklärt. Die schriftliche Einwilligung der Patientin zu den gewählten genetischen Untersuchungen liegt vor. Ich bestätige hiermit den Auftrag zur Durchführung der oben gewählten genetischen Untersuchungen durch Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH.

Name des verantwortlichen Arztes

Fax-Nr. für Ergebnismitteilungen

E-Mail-Adresse des verantwortlichen Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Einwilligung zur genetischen Untersuchung und zur Datennutzung

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Durchführung der oben gewählten genetischen Untersuchung. Ich wurde von meinem verantwortlichen Facharzt/-ärztin gemäß §69 des österreichischen Gentechnik-Gesetzes humangenetisch beraten und aufgeklärt. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine hiermit erhobenen personenbezogenen Daten an die Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH, sowie (pseudonymisiert) durch das Partnerlabor Eurofins Genoma, Via Enrico Cialdini 16, Affori-Centre, 20161 Mailand, Italien, zur Unterstützung bei der Analyse der Laborergebnisse übermittelt und von ihr verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem verantwortlichen Arzt widerrufen. Bei Widerruf bleibt die bis dahin erfolgte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig. Die Datenschutzerklärung gem. § 13, 14 DSGVO kann unter <https://de.praenatal-medicin.de/datenschutzerklaerung> eingesehen werden.

Für wissenschaftliche Auswertungen und Veröffentlichungen sowie die Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten können Material und Ergebnisse in absolut anonymer Form genutzt werden.

☐ Ja

☐ Nein

Telefonnummer der Patientin

E-Mail-Adresse der Patientin

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Von der Patientin auszufüllen