

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

# Rhesus-NIPT

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

**Informationen zur Schwangerschaft bei Blutentnahme**

Datum der Blutentnahme: .. Uhrzeit: : Uhr

Gestationsalter (SSW + Tag p.m.):  +

*Die Untersuchung ist ab SSW 11+0 möglich. Um sicherzugehen, dass genügend fetale DNA vorhanden ist, empfehlen wir die Bestimmung ab SSW 19+0. Falls zuvor ein NIPT auf Chromosomenstörungen durchgeführt wurde bei dem die Menge an zellfreier DNA im mütterlichen Blut bestimmt wurde (z. B. Harmony® Test), ist die Untersuchung des Rhesus-NIPT bereits ab SSW 11+0 zuverlässig möglich.*

Haben Sie einen NIPT durchführen lassen?  ja  nein

Wenn ja, geben Sie bitte die fetale Fraktion an: .. %

Wenn Sie den Harmony® Test haben durchführen lassen, geben Sie bitte Ihre Auftragsnummer an (falls zur Hand):

Einlingsschwangerschaft  Zwillingschwangerschaft

*Bei Vorliegen eines Vanishing Twin kann der Rhesus-NIPT nicht durchgeführt werden.*

Bitte den beiliegenden Barcode hier einkleben

Wiederholungseinsendung

**Erklärung des nach GenDG verantwortlichen Arztes**

Ich bestätige, dass o. g. Patientin gemäß §10 Gendiagnostikgesetz (GenDG) genetisch beraten wurde. Die Patientin wurde über die Möglichkeiten und Grenzen der pränatalen Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors aufgeklärt. Ich fordere diese pränatale genetische Untersuchung an.

Ort, Datum

Einsender (verantwortlicher Arzt nach GenDG)

Praxisstempel

Name des Arztes in Klarschrift

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

**Rhesus-NIPT**

Privat-/Selbstzahlerleistung 129 €

GKV-Leistung (bitte Überweisungsschein Muster 10 beilegen)

<sup>1</sup>Abrechnung nach Gebührenverordnung für Ärzte. Hinzu kommen ggf. Kosten für Blutentnahme und Beratung. Bitte wählen Sie unten die gewünschte Abrechnungsart aus.

**Einwilligung zur Durchführung des Rhesus-NIPT gemäß Gendiagnostikgesetz**

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass aus der freien fetalen DNA in meinem Blut der Rh-Faktor meines ungeborenen Kindes untersucht wird. Ich 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 ist bekannt, dass gelegentliche falsch-positive und selten (1 von 2000 Untersuchungen) falsch-negative Testergebnisse möglich sind. 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 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 anonymisiertes Probenmaterial zum Zweck der internen Qualitätssicherung verwendet wird.  ja  nein

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

**Gewünschte Abrechnungsart (nur auszufüllen wenn Privat-/Selbstzahlerleistung)**

SEPA-Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige ich die Praxis für Humangenetik oder deren Vertragspartner, die Testkosten in der oben angegebenen Höhe von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von meinem Konto gezogene Lastschrift einzulösen (Praxis für Humangenetik Gläubiger-ID: DE39ZZZ00002420581). 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 (rechts oben). Sie erhalten einen Zahlungsbeleg.

Rechnungsanschrift, falls abweichend von oben

Kreditkarte

Mastercard

VISA

American Express

Kartennummer

gültig bis: /


Prüfziffer (3- bzw. 4-stellig)

Name Karteninhaber

Unterschrift des Kontoinhabers / Karteninhabers

Pat. Telefonnummer oder E-Mail für evtl. Rückfragen:

Der Rhesus-NIPT dient zur Bestimmung des fetalen Rh-Faktors aus dem Blut der Mutter. Dadurch kann in etwa 40 Prozent der Schwangerschaften die Rh-Prophylaxe in der 28. bis 30. SSW eingespart werden. Klinische Studien konnten ein hohes Maß an korrekter Erkennung des fetalen Rh-Faktors belegen. Es können falsch-positive und falsch-negative Testergebnisse möglich sein. Im letzteren 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 Prophylaxe, dass sich Antikörper gegen den Rh-Faktor bilden. In der nachfolgenden Schwangerschaft wäre eine Rhesusunverträglichkeit möglich. Nach der Geburt wird in jedem Fall der Rh-Faktor nochmals aus dem Nabelschnurblut bestimmt. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem Flyer.



0086 0059 02

Exemplar für das Labor