Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Zentrum für Humangenetik Tübingen

harmony PRENATAL TEST

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

Informationen zur Schwangerschaft bei Blutentnahme

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

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

☐ Einlingsschwangerschaft ☐ Zwillingsschwangerschaft

Ein Vanishing Twin kann im Harmony® Test zu fehlerhaften Ergebnissen oder zu Testausfällen führen. Der Harmony® Test sollte daher in dieser Situation nicht durchgeführt werden.

☐ 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

GKV-Leistung: *Bitte Überweisungsschein Muster 10 beilegen*

☐ Trisomie 21, 18, 13

Privat-/Selbstzahlerleistung: [1]

☐ Trisomie 21	169 €
☐ Trisomie 21, 18, 13	199 €

Zusatzoptionen: *Nur in Verbindung mit einer anderen Testvariante*

☐ + Geschlechtsbestimmung	+ 19 €
☐ + Analyse geschlechtschromosomaler Störungen [2]	+ 69 €

[1] *Die Abrechnung erfolgt mit der Patientin nach der Gebührenverordnung für Ärzte. Hinzu kommen ggf. Kosten für Blutentnahme und Beratung.*

[2] *Monosomie X, Klinefelter-, Triple-X, XYY- und XXYY-Syndrom (nur bei Einlingsschwangerschaften und nur zusätzlich bei Trisomie 21, 18, 13)*

Bitte den beiliegenden Barcode hier einkleben

☐ Wiederholungseinsendung

Erklärung des nach GenDG verantwortlichen Arztes

Einsender (verantwortlicher Arzt nach GenDG)

Praxisstempel

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.

Ort, Datum _____ Name des Arztes in Klarschrift _____

X _____ 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 vom Zentrum für Humangenetik 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 aufbewahrt und verwendet wird (ein Nichtankreuzen wird wie „nein" gewertet) ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum _____ X _____ Unterschrift der Patientin

Gewünschte Abrechnungsart (nur auszufüllen wenn Privat-/Selbstzahlerleistung)

☐ SEPA-Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige ich das Zentrum für Humangenetik Tübingen 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 (Zentrum 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.

☐ per Rechnung

Rechnungsanschrift, falls abweichend von oben:

_____

_____

_____

X _____ Unterschrift des Kontoinhabers

Pat. 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 ist der Harmony® Test oder einzelne Testoptionen (Analyse geschlechtschromosomaler Störungen, Geschlechtsbestimmung) nicht auswertbar.

0086 0071 00

z-vm88-V7-20230323

Zentrum für Humangenetik Tübingen | Paul-Ehrlich-Str. 23 | D-72076 Tübingen
Dr. med. Dr. rer. nat. Saskia Biskup, Fachärztin für Humangenetik
Tel: 07071 565 44-430 | Fax: 07071 565 44-23
info@humangenetik-tuebingen.de | www.humangenetik-tuebingen.de
KreissparkasseTübingen | IBAN: DE73 6415 0020 0004 3539 35 | SWIFT / BIC: SOLADES1TUB

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-21320-01-00
Akkreditiert durch die DAkkS nach DIN EN ISO 15189:2014