

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

Verantwortlicher Pränataldiagnostiker: _____

Fachgebundene genetische Beratung vor pränataler Diagnostik

nach Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) – Stand 11.07.2011

für ETS	<input type="checkbox"/>	AFP im Serum	<input type="checkbox"/>	Nackentransparenz	<input type="checkbox"/>	Chorionbiopsie	<input type="checkbox"/>	} mit nachfolgender zytogenetischer/ mol.- zytogenetischer oder molekulargen. Diagnostik
Triple-Test	<input type="checkbox"/>	AFP im FW	<input type="checkbox"/>	Feindiagnostik	<input type="checkbox"/>	Amniozentese	<input type="checkbox"/>	
Anderes:.....						Nabelschnurpkt	<input type="checkbox"/>	

Patientin wünscht ausdrücklich keine Beratung gem. GenDG

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft:

Gravida: _____ **SSW:** _____ **Indikationsstellung:** z.B. fam. bek. Erkrankung, Alter, USAuffällig, besondere Beunruhigung

Angaben zu früheren Schwangerschaften:

Zahl der Schwangerschaften: _____ **Anzahl der Kinder:** _____ **Töchter** _____ **Söhne** _____
Besonderheiten, z.B. Fehlgeburten/Totgeburten

Eigenanamnese Schwangere _____

Ethnische Herkunft _____ **Konsanguinität des Paares?** ja nein

Indikationsbezogene Familienanamnese unter Einbeziehung des Kindsvaters:

(Stammbaum ggf. umseitig; kam die jetzt zu untersuchende Erkrankung in der Familie bereits vor?)

sonstige familienanamnestische Besonderheiten (z.B. Behinderungen, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkr.)

liegen Befunde vor? ja nein WV-Termin geplant? ja am nein

Erörterung von Optionen bei auffälligem Befund:

Kontrolluntersuchung, gezielte Nachuntersuchung, interdisziplinäres Konsil, Beratungsaspekte

Ist eine fachärztliche humangenetische Beratung erforderlich? ja nein

Sind weitere Sachverständige hinzuzuziehen? ja nein

heranzuziehen sind: _____

Wird eine psychosoziale Beratung gewünscht? ja nein

Gibt es Hinweise auf erhöhte Wdh-wahrsch. für weitere Angehörige? ja nein

Ich bitte um Mitteilung der Ergebnisse an mitbehandelnde Ärzte ja nein

Herr/Frau/Klinik _____

Ich bin mit der Weiterleitung des Auftrages an ein spezialisiertes Labor einverstanden. ja nein

Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für spätere Diagnosemöglichkeiten einverstanden. ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient / gesetzl. Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift des beratenden Arztes/Stempel