

 Humangenetisches Labor Medizinisch Genetische Beratung		Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch	Invasive Pränataltests Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)
Nachname		Geburtsdatum	Befundkopie
Vorname		Geschlecht ☒ W ☐ M	
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung		Versicherungsnummer	
Rechnung an ☐ Kasse / Patientin ☐ Selbstzahlerin ☐ Einsender ☐ Andere: _____			

Angaben zur Probe

 Bitte telefonisch anmelden. Bitte immer EDTA-Blut sowie unterschriebene Einverständniserklärung der Schwangeren und wenn möglich des Kindsvaters mitschicken.	
Entnahmedatum: _____ . _____ . _____ ☐ Chorionzotten ☐ Fruchtwasser ☐ Nabelschnurblut	Für Kontaminationsausschluss, ggf. Segregationsanalyse ☐ EDTA-Blut der Schwangeren ☐ EDTA-Blut des Kindsvaters (bitte Name und Geburtsdatum angeben) _____

Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

SSW zum Zeitpunkt der Probenentnahme: _____ + _____ Geschlecht Fetus (falls bekannt): ☐ W ☐ M SSL: _____ mm BIP: _____ mm	Zwillingschwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein Vanishing Twin: ☐ Ja ☐ Nein Eizellspende: ☐ Ja ☐ Nein Blutsverwandtschaft der Kindseltern: ☐ Ja ☐ Nein
--	--

Anamnese

☐ NT > 95. Perzentile / NT: _____ mm ☐ Ultraschallbefund* ☐ Mütterliches Alter (> 35 Jahre) ☐ Kein erhöhtes Risiko/Wunsch * Angaben zur Anamnese (bitte Berichte beilegen): _____ _____ _____ _____	☐ ETT-Risiko erhöht: T21: 1: _____ T13/18: 1: _____ ☐ Auffälliger NIPT – Verdacht auf* _____ ☐ Elterliche Chromosomenaberration oder familiäre Mutation* ☐ Auffälligkeiten in vorangegangener Schwangerschaft*
--	---

Erklärung zur Kostenübernahme

Ich bestätige, dass ich von der Ärztin / dem Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, den Test / die Tests durchführen zu lassen und die Kosten, bei fehlender Kostenübernahme der Krankenkasse, selbst zu bezahlen.

Ort, Datum	Unterschrift Patientin
------------	------------------------

Ich bestätige, dass dem Laborauftrag eine von der Patientin unterschriebene Einverständniserklärung, gemäss Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG), beigelegt wird. Ohne diese Erklärung werden keine genetischen Analysen durchgeführt.

Ort, Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt
------------	----------------------------

Wird vom Labor ausgefüllt	Datum: _____ . _____ . _____	Zeit: _____ : _____	Visum: _____
---------------------------	------------------------------	---------------------	--------------

Untersuchungen

☒ **Chromosomenanalyse auf numerische und grobstrukturelle Aberrationen**
(wird standardmässig durchgeführt, bitte streichen falls nicht relevant)¹

☐ **Alpha-Fetoprotein (AFP)**

☐ **Fruchtwasser-Schnelltest**

(numerische Anomalien der Chromosomen 13/18/21/X/Y)

☐ **Hochauflösender Microarray**

(Array-CGH)²

¹ Zytogenetische bzw. molekularzytogenetische Chromosomenanalyse anhand von Trophoblastenzellen (Chorion-Kurzzeit-Analyse), Mesenchym-Zellen (entspricht Chorion-Langzeit-Analyse), nativen oder kultivierten Fruchtwasserzellen bzw. Zellen aus Nabelschnurblut.

² Array-CGH (Auflösung bis ca. 100kb): Für die Interpretation der Resultate ist unter Umständen Blut der beiden biologischen Eltern erforderlich (je 5ml EDTA-Blut).

Untersuchung bei erhöhtem familiärem Risiko

Zwingend

Berichte und EDTA-Blut der Schwangeren

Empfohlen

EDTA-Blut des Indexpatienten

Genname: _____

Mutationsbeschreibung: _____

Intrauterine Infekte

☐ **Cytomegalovirus**

☐ **Parvovirus**

☐ **Varizella-Zoster-Virus**

☐ **Toxoplasma gondii**

Anmeldung zur Genetischen Beratung vor Whole-Exome-Trio-Analyse

 Bitte immer Ultraschall-Berichte beilegen.

Bei unauffälligem Befund der Chromosomenanalyse und der Array-Analyse (bzw. einem Befund, welcher die Ultraschall-Auffälligkeiten nicht erklärt) wird die Schwangere direkt durch die Genetica für eine Genetische Beratung aufgeboden. Das Einreichen des Kostengutsprache gesuchs für die Whole-Exome-Trio-Analyse erfolgt durch die Genetica.

Ich bestätige, dass ich von der Ärztin / dem Arzt über dieses Vorgehen informiert wurde und ich mit diesem Vorgehen einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin