



Genetica
Humangenetisches Labor
Medizinisch Genetische Beratung

NIPT

Genetica AG
Bändliweg 30 | CH-8048 Zürich
Tel 044 250 50 30 | labor@genetica.ch

Nicht-Invasiver Pränataltest (NIPT)

Nachname		Geburtsdatum	Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)
Vorname		Geschlecht ☒ W ☐ M	
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung		Versicherungsnummer	
Resultat zusätzlich an Patientin ☐ Post ☐ E-Mail: _____ + Mobilnummer: _____ (Nur für NIPT-Resultat und nur bei unauffälligem Befund; ohne Mitteilung des Geschlechts)			Befundkopie
Rechnung an ☐ Kasse / Patientin ☐ Selbstzahlerin ☐ Einsender ☐ Andere: _____			

Untersuchungen

Untersuchung ab SSW 9+0

☐ Screening auf häufigste Trisomien (NIPTbasis)

T21, T18, T13

(kassenpflichtig nur bei Indikation: CHF 480.60)

+ ☐ Screening auf Aneuploidien der Geschlechtschromosomen *

z.B. X0, XXX, XXY, XYY

(ohne Zusatzkosten)

* Eingeschränkt möglich bei Zwillingschwangerschaft

+ ☐ Screening auf Trisomien / Monosomien sowie Deletionen und Duplikationen (≥ 7Mb) aller Autosomen (NIPTerweitert)

(nicht kassenpflichtig: CHF 250.00, nicht separat nachbestellbar)

Untersuchung ab SSW 17+0 (ab SSW 11+0 möglich)

☐ Fetale Rhesus-D-Bestimmung (CHF 278.10)

Anti-D Antikörper vorhanden?

☐ Ja

☐ Nein

Screening bzgl. mütterlicher Anlageträgerschaft

(nicht kassenpflichtig)

☐ Cystische Fibrose (CF) (CHF 499.50)

☐ Spinale Muskelatrophie (SMA) (CHF 481.50)

☐ Fragiles-X-Syndrom (FXS) (CHF 333.00)

☐ Gesamtes Screening (CF + SMA + FXS) (CHF 981.00)

Anamnese

☐ ETT-Risiko erhöht: T21: 1: _____ T13/18: 1: _____

☐ Ultraschallbefund: _____

☐ Kein ETT durchgeführt

☐ Wunsch

☐ Anderes: _____

Schwangerschaft (Bitte vollständig ausfüllen)

Datum der Blutentnahme: _____

SSW zum Zeitpunkt der Blutentnahme: _____

Grösse der Schwangeren: _____ cm

Gewicht der Schwangeren: _____ kg

Zwillingschwangerschaft:

☐ Ja

☐ Nein

Vanishing Twin:

☐ Ja

☐ Nein

i Benötigt wird 1 Streck-Röhrchen Blut (10ml) bei NIPT und 1 EDTA-Blut (10ml) bei fetaler Rhesus-D-Bestimmung. Blutentnahme NICHT mit Butterfly-Nadeln durchführen! Bei Lagerung über Nacht und/oder bei Temperaturen über 25°C empfehlen wir die Aufbewahrung des Streck-Röhrchens im Kühlschrank. EDTA-Blut nur bei Raumtemperatur lagern (nicht kühlen oder einfrieren).

Einverständniserklärung

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.

Meine Proben / Resultate dürfen anonymisiert zu Forschungszwecken weiterverwendet werden: ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

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