

 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	
Vorname		Geschlecht ☒ W ☐ M	
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung		Versicherungsnummer	Befundkopie
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	☐ ETT-Risiko erhöht: T21: 1: _____ T13/18: 1: _____ ☐ Auffälliger NIPT – Verdacht auf* _____ ☐ Elterliche Chromosomenaberration oder familiäre Mutation* ☐ Auffälligkeiten in vorangegangener Schwangerschaft*
--	---

* Angaben zur Anamnese (bitte Berichte beilegen): _____

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

☐ **Whole-Exome-Trio-Untersuchung**

(nur nach genetischer Beratung)

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**