

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)

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, US-Auffällig, 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 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind weitere Sachverständige hinzuzuziehen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
heranzuziehen sind: _____		
Wird eine psychosoziale Beratung gewünscht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise auf erhöhte Wdh-wahrsch. für weitere Angehörige?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bitte um Mitteilung der Ergebnisse an mitbehandelnde Ärzte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herr/Frau/Klinik _____		
Ich bin mit der Weiterleitung des Auftrages an ein spezialisiertes Labor einverstanden.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für spätere Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient / gesetzl. Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift des beratenden Arztes/Stempel