

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

Nachname		Geburtsdatum	
Vorname		Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung		Versicherungsnummer	

Befundkopie

Rechnung an

Kasse / Patient  Selbstzahler  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

EDTA-Blut der Schwangeren

(Kontaminationsausschluss, ggf. Segregationsanalyse)

EDTA-Blut des Kindsvaters

(ggf. Segregationsanalyse)

### Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

SSW zum Zeitpunkt der Probenentnahme: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Zwillingsschwangerschaft:

Ja

Nein

Geschlecht Fetus (falls bekannt):  W  M

Vanishing Twin:

Ja

Nein

SSL: \_\_\_\_\_ mm

Eizellspende:

Ja

Nein

BIP: \_\_\_\_\_ mm

Blutsverwandtschaft der Kindseltern:

Ja

Nein

### Anamnese

NT > 95. Perzentile / NT: \_\_\_\_\_ mm

ETT-Risiko erhöht: T21: 1: \_\_\_\_\_ T13/18: 1: \_\_\_\_\_

Ultraschallbefund\*

Auffälliger NIPT – Verdacht auf\*

Mütterliches Alter (> 35 Jahre)

Elterliche Chromosomenaberration oder familiäre Mutation\*

Kein erhöhtes Risiko / Wunsch

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)<sup>1</sup>

**Alpha-Fetoprotein (AFP)**

**Fruchtwasser-Schnelltest**

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

**Hochauflösender Microarray**

(Array-CGH)<sup>2</sup>

**Whole-Exome-Trio-Untersuchung**

(nur nach genetischer Beratung)

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

<sup>2</sup> 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**