



| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | |   <small>oncoscreen® Ein Unternehmen der synlab MVZ Weiden GmbH MVZ Gera · Filiale Jena Ernst-Ruska-Ring 15-17 07745 Jena Postfach 100264 07702 Jena Telefon +49 3641 5074-0 Fax +49 3641 5074-11 oncoscreen@synlab.com www.synlab.de</small> | Barcode | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname des Versicherten Hier Adressen-Aufkleber einkleben oder Patienten-Chipkarte verwenden | | | geb. am | Feld bitte nicht bekleben oder beschriften | | | | | | | | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | | Status | | | | | | | | | | |
| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | | Datum | | | | | | | | | | |
| Abnahme | | Überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift) | Abrechnung | | | | | | | | | | |
| Datum: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Uhrzeit: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>h</td><td>h</td><td>m</td><td>m</td></tr></table> Geschlecht (m/w/d/x): <input type="checkbox"/> Rückmeldung erwünscht: <input type="checkbox"/> Fax: <input type="checkbox"/> Tel.: | | T | T | M | M | J | J | h | h | m | m | Ort Datum Unterschrift | <input type="checkbox"/> Kasse* <input type="checkbox"/> Privat** <input type="checkbox"/> Klinik** <input type="checkbox"/> Sonstige** * Bitte Überweisungsschein/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen 10 beilegen ** bitte Adresse des Rechnungsempfängers angeben |
| T | T | M | M | J | J | | | | | | | | |
| h | h | m | m | | | | | | | | | | |

Untersuchungsantrag: Nicht-invasive Bestimmung des fetalen Rh-Faktors aus maternalem Blut zur gezielten Rh-Prophylaxe

Bei der RhD-negativen Schwangeren wird eine EDTA-Blutprobe entnommen. In dieser Probe wird anhand von zellfreier fetaler DNA (cffDNA) der Rh-Status des ungeborenen Kindes festgestellt. So kann entschieden werden, ob eine Indikation für die Anti-D-Prophylaxe besteht, um sie gezielt nur bei jenen RhD-negativen Schwangeren einzusetzen, welche tatsächlich ein RhD-positives Kind erwarten. Sehr selten ist ein falsch-positives bzw. falsch-negatives Testergebnis möglich. Im letzten Fall würde trotz RhD-positivem Kind keine Rh-Prophylaxe in der Schwangerschaft erfolgen. Dann bestünde ein wiederum geringes Risiko von 1-2% je nicht gegebener Rh-Prophylaxe, dass Antikörper gegen den Rh-Faktor gebildet werden. Danach wäre eine Rhesusunverträglichkeit in den nachfolgenden Schwangerschaften möglich. Nach der Geburt wird in jedem Fall der Rh-Faktor des Kindes noch einmal aus dem Nabelschnurblut bestimmt.

Untersuchungsmaterial: Zur Untersuchung mindestens **7,5 ml EDTA-Blut (Sarstedt-Monovette) oder 9 ml bzw. 10 ml Vacutainer-EDTA-Blut** einsenden. **Bitte beachten Sie**, dass wir gemäß Transfusionsgesetz die Bestimmung der Blutgruppe **ausnahmslos** nur bei korrekter Beschriftung der Blutprobe mit **Name, Vorname und Geburtsdatum** durchführen dürfen. Die Blutprobe kann bei Raumtemperatur mit regulärer Post versendet werden und muss allerdings **innerhalb von 48 Stunden** nach Abnahme unser Labor erreichen.

Voraussetzung ist das Vorliegen einer **Einlingsschwangerschaft**.

Schwangerschaftswoche (SSW): __ + __ **(ACHTUNG: Untersuchung ist ab der SSW 11+0 (12.SSW) möglich, empfohlen ab der 18. SSW.)**

Blutabnahme: **Datum:** _____ **Uhrzeit** _____

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Hiermit erkläre ich, _____, mich damit einverstanden, dass die oben angeforderte
(Name, Vorname in Druckbuchstaben)
Untersuchung aus meiner Blutprobe vorgenommen werden darf. Ich wurde von meinem verantwortlichen Arzt gemäß GenDG beraten und aufgeklärt. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass zum Zweck der labormedizinischen Diagnostik meine Probe inkl. meiner personenbezogenen Daten an das Labor Synlab Jena Oncoscreen weitergeleitet werden darf. Mir ist bekannt, dass die Untersuchungsergebnisse durch das Labor ausschließlich dem Einsender mitgeteilt werden dürfen.

Darüber hinaus bin ich mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit/interne Qualitätskontrolle und für Untersuchungen wissenschaftlicher Art einverstanden (Nicht-Zutreffendes streichen). Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum Patient / -in / gesetzlicher Vertreter Ort, Datum Arzt