

Nachname		Geburtsdatum	
Vorname		Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung		Versicherungsnummer	
Befundkopie			
Resultat zusätzlich an Patientin <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail: _____ + Mobilnummer: _____ <small>(Nur bei unauffälligem Befund; ohne Mitteilung des Geschlechts)</small>			
Rechnung an <input type="checkbox"/> Kasse / Patientin <input type="checkbox"/> Selbstzahlerin <input type="checkbox"/> Einsender:in <input type="checkbox"/> Andere: _____			

Untersuchungen

Untersuchung ab SSW 9+0

 Screening auf häufigste Trisomien (NIPTbasis)

T21, T18, T13

(kassenpflichtig nur bei Indikation: CHF 480.60)+ Screening auf Anomalien der Geschlechtschromosomen *

z.B. X0, XXX, XXY, XYY

*(ohne Zusatzkosten)*** Eingeschränkt möglich bei Zwillingschwangerschaft*+ Screening auf Monosomien / Trisomien sowie Deletionen und Duplikationen (≥ 7Mb) aller Chromosomen (NIPTerweitert)*(nicht kassenpflichtig: CHF 250.00, nicht separat nachbestellbar)* Fetale Rhesus-D-Bestimmung* (CHF 177.30)** Eingeschränkt möglich bei Zwillingschwangerschaft*Screening bzgl. mütterlicher Anlagetragerschaft
(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

<input type="checkbox"/> ETT-Risiko erhöht: T21: 1: _____ T13 / 18: 1: _____	<input type="checkbox"/> Kein ETT durchgeführt	<input type="checkbox"/> Wunsch
<input type="checkbox"/> Ultraschallbefund: _____	<input type="checkbox"/> Anderes: _____	

Schwangerschaft (Bitte vollständig ausfüllen)

Datum der Blutentnahme: _____	Zwillingschwangerschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
SSW zum Zeitpunkt der Blutentnahme: _____	Vanishing Twin: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grösse der Schwangeren: _____ cm	Rhesus-D-Status der Schwangeren: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg
Gewicht der Schwangeren: _____ kg	Anti-D-Prophylaxe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

i Benötigt wird 1 Streck-Röhrchen Blut (10 ml) bzw. bei gleichzeitiger fetaler Rhesus-D-Bestimmung 2 Streck-Röhrchen Blut (je 10 ml). Blutentnahme NICHT mit Butterfly-Nadeln durchführen! Probe bei Raumtemperatur lagern (NICHT kühlen, einfrieren oder erwärmen).

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:
---------------------------	--------------	---------	--------