

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

Nachname  Geburtsdatum

Vorname  Geschlecht  
 W  M

Strasse, Nr.  Telefon

PLZ  Ort

Name der Versicherung  Versicherungsnummer

Rechnung an  
 Kasse / Patient  Selbstzahler  Einsender  Andere:

Befundkopie

### Angaben zur Probe

**Bitte telefonisch anmelden.**  
**Bitte immer EDTA-Blut sowie unterschriebene Einverständniserklärung der Schwangeren und wenn möglich des Kindsvaters mitschicken.**

Entnahmedatum:  .  .

Chorionzotten  EDTA-Blut der Schwangeren (Kontaminationsausschluss, ggf. Segregationsanalyse)  
 Fruchtwasser  EDTA-Blut des Kindsvaters (ggf. Segregationsanalyse)  
 Nabelschnurblut

### Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

SSW zum Zeitpunkt der Probenentnahme:  +  Zwillingschwangerschaft:  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**