

**Patientendaten**

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	Nationalität:
Straße:	
Wohnort:	
Tel. tagsüber:	
Krankenkasse:	

**GENETISCHES LABOR**

[www.dr-hansmann.de](http://www.dr-hansmann.de)  
DR. MED. D. HANSMANN

53604 BAD HONNEF

Einsender: \_\_\_\_\_

**Überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_

**Bitte Probe immer anmelden:**

**Tel 0171-823 1755**

Fax 02224-79900

e-mail: info@dr-hansmann.de

**Befund zusätzlich an:**

- Patientin
- Ü-Arzt
- Nachr. Arzt

Mitteilung des Geschlechts

- erwünscht:  Ja  Nein

<b>AC</b> <input type="checkbox"/> paraplazentar <input type="checkbox"/> transplazentar	<b>Untersuchungsmaterial:</b>		<b>Gewünschte Untersuchung:</b> <input type="checkbox"/> Karyotypisierung <input type="checkbox"/> FISH (Chrom. 13,18,21,X,Y) <input type="checkbox"/> FISH (Chrom. 21) <input type="checkbox"/> FW - AFP <input type="checkbox"/> FW - ACHE <input type="checkbox"/> sonstiges
	<input type="checkbox"/> Fruchtwasser	ml	
<b>CVS</b> <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> abdominal	<input type="checkbox"/> Chorion-Plazentazotten	mg	
	<input type="checkbox"/> Fetalblut	ml	
<b>FBS</b> <input type="checkbox"/> NS frei <input type="checkbox"/> NS Ansatz Fet. <input type="checkbox"/> NS Ansatz Plazenta	<input type="checkbox"/> Abort	mg	
	<b>Entnahmedatum:</b>		

**Angaben zur Schwangerschaft:**

Letzte Periode:	Gravida:	Para:
SSW nach letzter Periode:	Gewicht:	
SSW nach Ultraschall:	Größe:	BMI:
SSL (in mm):	Genussmittel oder Medikamente:	
BPD (in mm):		

**Indikationen / Bemerkungen**

**( Befunde bitte beifügen! )**

<input type="checkbox"/> Altersrisiko    Alter:	<input type="checkbox"/> Z.n. IVF / ICSI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Mehrlings-Grav.    Anzahl:			
Fet im US auffällig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Befunde)	
Fehlbildung in vorangegangener SS	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Befunde)	
Vorangegangene Chromosomenanomalie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Befunde)	
Vorangegangener Neuralrohrdefekt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Befunde)	

**Besonderheiten, Familienanamnese, Bemerkungen,( z.B. humangenetische Beratung):**

---

## Einverständniserklärung

---

Hiermit gebe ich mein Einverständnis für die geplante genetische Untersuchung und die dafür erforderliche Blut- / Gewebentnahme. Ich erkläre, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurde. Ich nehme zur Kenntnis dass die Möglichkeit einer fachärztlichen humangenetischen Beratung durch Frau Dr. Hansmann besteht.

Mit der Aufbewahrung von restlichem Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bin ich einverstanden.

Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch später zur Verfügung stehen.

Das überschüssige Material darf für wissenschaftliche Zwecke

- verwendet werden
- nicht verwendet werden (Nichtzutreffendes bitte streichen).

Mir ist bekannt, dass alle Ergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.  
Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/In bzw. des gesetzlichen Vertreters

Alternativ: Ich versichere, dass der/die PatientIn mit der Untersuchung einverstanden ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des gemäß GenDG verantwortlichen Arztes