

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxisanschrift/-stempel
Zusätzliche Anforderungen:
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft (p.m.): <input type="checkbox"/> w Woche + Tag

Auftragsnummer Labor
MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Gervigstraße 67 76131 Karlsruhe Tel.: 0721-85000-0 Fax: 0721-85000-199 www.laborvolkmann.de
Abrechnungsmodus: <input type="checkbox"/> Arzt und Labor zusammen über PVS <input type="checkbox"/> Arzt und Labor getrennt

Anforderungsschein für den fetalen Rhesusfaktor

- Einlingsschwangerschaft Zwillingschwangerschaft Wiederholung der Analyse
 Blutgruppe und RH(D) der Mutter _____

wichtige Hinweise:

- Untersuchung ist ab der SSW 11+0 (p.m.) möglich
- Empfehlung ab der SSW 20+0 (p.m.)
- nur bei Einlingsschwangerschaft durchführbar
- Angabe der SSW ist zwingend erforderlich
- Lagerung und Transport bei 4°C bis 25°C

Material: 7,5ml EDTA-Blut Monovette ohne Trenngel
 Rhesusfaktor, fetal

Abrechnung		
Kasse	IGeL	Privat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	134,07 €	154,18 €

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien

Ich bestätige, dass vorne genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern Barcode-Nummer auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig über Namen und das Geburtsdatum auf dem Röhrchen und Formular identifizierbar ist. Bei Abrechnung über GKV: Bei Bestimmung des fetalen Rhesusfaktor-D ist ein negativer RhD der Patientin gegeben.

Ort, Datum _____ Unterschrift (Arzt/ Ärztin) _____

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde der Analysen auch an weitere Ärzte/Personen geschickt werden.

Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, dass ich von der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand nehmen kann (Recht auf Nichtwissen), dass ich das eingeleitete Untersuchungsverfahren jederzeit stoppen oder die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann.

ja nein Ich bin einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

ja nein Mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und Befundberichte über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift (Patient/in / Erziehungsberechtigte/r) _____

Unterschrift (Arzt/ Ärztin) _____

Kostenübernahmeerklärung (Dienstleistungsvertrag)

Ich wurde darüber informiert, dass die hier aufgeführten ärztlichen Leistungen unter den vorliegenden Gegebenheiten nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der angeforderten Leistungen selbst bezahlen. Die Gebühren werden auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Unterlagen an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest Mannheim weitergeleitet werden und dass die Honorarforderungen der beteiligten Ärzte zum Einzug an diese Verrechnungsstelle übergeben und abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden der beratenden Ärztin / dem beratenden Arzt zugestellt.

Ort, Datum _____ Unterschrift (Patient/in / Erziehungsberechtigte/r) _____



0001 1190 01