

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Personenidentifikation

geb. am

Rechnung an (bitte immer angeben)

Muster 10 anbei\*

Selbstzahler (IGeL) (Adresse bitte angeben)\*\*

Privatpatient (Adresse bitte angeben)\*\*

MVZ Labor Dr. Limbach  
HEIDELBERG

MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen eGmbH  
Im Breitspiel 16 | 69126 Heidelberg  
Tel.: +49 6221 3432-300 | info@labor-limbach.de  
Fax: +49 6221 3432-110 | www.labor-limbach.de

Patienten-Daten

männlich  weiblich  divers

Größe (cm)

Gewicht (kg)

SSW<sup>3</sup> SS-Tag

Auftrags-Nr.

Einsender

Einsendernummer

Station

Proben-Daten

10 ml Vollblut in einem Streck®-Cell-Free DNA BCT

Material

t t t m m j j j Entnahmedatum

h h m m m Entnahmezeit

Schein-Bestell-Nr. (bitte bei Bestellung angeben)

0036 0733 00



Stand: 07.05.2025

Praxisstempel

Klinische Angaben / ICD 10 Code

## Anforderungsschein und Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz für nichtinvasive Pränataldiagnostik (NIPT)

### Wichtige Hinweise:

Die Untersuchung ist ab SSW 9+0 p.m. möglich. Die Untersuchung ist **nur bei Einlings- oder Zwillingschwangerschaften durchführbar**. Lagerung und Transport sollte bei Raumtemperatur erfolgen. Der NIPT wird von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet, wenn Hinweis auf Trisomie und/oder mit der/dem Ärztin/Arzt die Notwendigkeit der Untersuchung abgestimmt ist.

- Einlingsschwangerschaft  Zwillingschwangerschaft  Wiederholung der Analyse

### Untersuchung

	GKV (Zuzahlung)	Kosten (IGeL)	Kosten (PKV)
<input type="checkbox"/> Trisomie 21, 18 und 13	—	199,00 €	227,90 €
<input type="checkbox"/> Trisomie 18 und 13	—	199,00 €	227,90 €
<input type="checkbox"/> Trisomie (s.o.) + Geschlechtsbestimmung <sup>1+3</sup>	17,49 €	17,49 €	33,51 €
<input type="checkbox"/> Trisomie (s.o.) + Geschlechtschromosomen-Fehlverteilung X/Y <sup>2</sup> mit Geschlechtsbestimmung <sup>1</sup>	52,47 €	52,47 €	93,84 €
<input type="checkbox"/> Trisomie (s.o.) + Geschlechtschromosomen-Fehlverteilung X/Y <sup>2</sup> ohne Geschlechtsbestimmung	34,98 €	34,98 €	60,33 €

- 1 = Das fetale Geschlecht darf in Deutschland gemäß §15 Abs.1 GenDG der Schwangeren mit ihrer Einwilligung nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche nach Empfängnis (p.c. / dies entspricht SSW 14 p.m.) mitgeteilt werden.  
 2 = Nicht bei Zwillingschwangerschaften durchführbar.  
 3 = Die Angabe der Schwangerschaftswoche (Angabe in p.m.) ist für die Mitteilung des Geschlechts zwingend notwendig.

Ich beauftrage das MVZ Labor Dr. Limbach & Kollegen eGmbH mit den vorstehend markierten Laboruntersuchungen. Sie werden teils im Rahmen einer nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehörenden Behandlung benötigt, die auf meinen Wunsch durchgeführt wird. Mir ist durch meine/meinen behandelnde/-n Ärztin/Arzt bekannt, dass ich die Gebühren und Auslagen für diese Laboruntersuchung selbst zahlen muss.

Einverständniserklärung der/des Patientin/Patienten, Datum, Unterschrift

### Erklärung der/des nach GenDG verantwortlichen Ärztin/Arztes

Einsender/-in (verantwortliche/-r Ärztin/Arzt nach GenDG)

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien:

Ich bestätige, o. g. Patientin/Patienten gemäß §10 Gendiagnostikgesetz (GenDG) genetisch beraten und aufgeklärt zu haben. Die/der Patientin/Patient wurde von mir über die Möglichkeiten und Grenzen des NIPT aufgeklärt. Gemäß meiner spezifischen Qualifikation nach §7 GenDG fordere ich diese pränatale genetische Untersuchung an. Die Blutprobe stammt von der/dem auf diesem Formular genannten Patientin/Patienten, sofern die Barcode-Nummern auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die/der Patientin/Patient eindeutig durch Namen und Geburtsdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist. Bei Abrechnung über GKV: NIPT hinsichtlich fetaler Trisomien ist im individuellen Fall indiziert.

Ort, Datum Name des/der Arztes/Ärztin (in Klarschrift) Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Ich wurde von meiner/meinem behandelnden Ärztin/Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit.

Ich bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.

- ja  nein

Mir ist bekannt, dass ich sämtliche in diesem Formular erteilten Einwilligungserklärungen, oder einzelne davon, jederzeit mit sofortiger Wirkung schriftlich oder mündlich gegenüber meiner/meinem behandelnden Ärztin/Arzt, dem Primärlabor oder dem genannten beauftragten Labor widerrufen kann; der Widerrufsempfänger wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich (§121 BGB) dokumentieren und den weiteren Beteiligten übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ohne Anonymisierung oder Pseudonymisierung über das Primärlabor in das MVZ Labor Dr. Limbach & Kollegen eGmbH, Im Breitspiel 16, 69126 Heidelberg übermittelt wird und auf demselben Weg an meine/meinen behandelnde/-n Ärztin/Arzt zurückübermittelt wird. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die angestellten Ärztinnen/Ärzte im Primärlabor dabei möglicherweise von den Untersuchungsergebnissen erfahren können.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine/meinen behandelnde/-n Ärztin/Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

- ja  nein

Folgende Eingriffe oder Erkrankungen können das Ergebnis einer NIPT-Untersuchung beeinflussen:

(Bitte ankreuzen!)

- Maligne Erkrankung  
 Chirurgischer Eingriff  
 IVF-Schwangerschaft  
 eigene Eizelle  Eizellspende  
 Bluttransfusion  
 Organtransplantation  
 Immun-/Stammzellentherapie

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlichen Vertreter

\* Bei GKV-Leistung; \*\* Bei PKV/Selbstzahler-Leistung: Die Abrechnung erfolgt mit der/dem Patientin/Patient nach der Gebührenverordnung für Ärzte/-innen. Hinzu kommen ggf. Kosten für Blutentnahme und Beratung.

Dieser Beleg wird maschinell gelesen! Bitte mit schwarzem Stift so markieren:

Serum EDTA Citrat Heparin Urin EILT EILT EILT