

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

Anforderungsformular - Einwilligungserklärung Nicht-invasive Bestimmung des fetalen Rh-Faktors aus maternalem Blut

Barcode (bitte frei lassen)



Angaben zur Praxis / Praxisstempel

Angaben dienen der verwaltungstechnischen Abwicklung und Leistungsberechnung. Adressfeld entspricht Überweisungsscheinformat (Ausfüllen mit Drucker möglich).

Die Probe muss vollständig mit Vor- und Nachnamen sowie Geburtsdatum beschriftet sein, ansonsten ist keine Bearbeitung möglich. Der Barcode allein ist nicht ausreichend.

Abnahmedatum: Uhrzeit:
SSW **ab SSW 11+0 möglich (optimal ab SSW 19+0)**

Einlingsschwangerschaft

Mehrlingsschwangerschaft. Abrechnung als IGell Laborkosten 134,07 € hinzu kommen ggf. Kosten für Blutentnahme und Beratung

Einwilligungserklärung

Gewünschte Untersuchung:

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz durch den/die verantwortliche(n) Arzt/Ärztin und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts bin ich mit der Durchführung der o.g. Untersuchung und der hierfür erforderlichen Probenentnahme bei mir einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt und bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. Ich stimme zu, dass die Untersuchung, sofern erforderlich, vollständig oder teilweise an ein ausführendes Auftragslabor weitergeleitet wird. Meine Daten dürfen elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Weitere Informationen zum Datenschutz sind unter <https://www.labor-brunner.de/datenschutz/> verfügbar.

Laut GenDG darf der Befund nur an den/die verantwortliche(n) Arzt/Ärztin übermittelt werden. Um meine ärztliche Versorgung zu erleichtern, bin ich mit der zusätzlichen Übermittlung meines Befundes an meinen überweisenden Arzt einverstanden. Bei Anforderung über eine Einrichtung (z.B. Klinikambulanz, Praxis), in der mehrere Ärzte/Ärztinnen zur Patientenversorgung eingesetzt werden, erlaube ich ausdrücklich, dass in Vertretung auch andere Ärzte/Ärztinnen und medizinisches Personal (außer der verantwortlichen ärztlichen Person) aus dieser Einrichtung meinen Befund erhalten dürfen, um eine zügige Bearbeitung zu ermöglichen. Ferner wünsche ich, dass der Befund auch per Digitaler Fernübertragung (DFÜ) übermittelt wird (Bitte Absatz streichen, falls nicht gewünscht). Folgende mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen sollen meinen Befund ebenfalls erhalten dürfen:

Ferner erkläre ich mich mit folgenden Punkten einverstanden:

- Das Untersuchungsergebnis darf für die Untersuchung und Beratung von Angehörigen verwendet werden. nein.
- Die Unterlagen zur Untersuchung und die Untersuchungsergebnisse dürfen über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus aufgehoben werden. nein.
- Das Untersuchungsmaterial darf auch nach der Untersuchung für die Qualitätssicherung aufgehoben werden. nein.
- Die Ergebnisse und das Untersuchungsmaterial dürfen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. nein.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mündlich oder schriftlich und ohne Angabe von Gründen vollständig oder in Teilen widerrufen kann, ohne, dass mir dadurch ein Nachteil entsteht. Einschränkungen hieraus ergeben sich nur für bereits mitgeteilte Befunde. Sofern der Patient/die Patientin dieses Einverständniserklärungsformular nicht unterschrieben hat: Als behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin bestätige ich, den Patienten gem. GenDG über die genetische Untersuchung aufgeklärt zu haben und dass mir das Einverständnis der Patientin schriftlich vorliegt.

Patientin/gesetzliche(r) Vertreter(in) (Druckschrift)

Datum, Unterschrift

Verantwortlicher Arzt/Ärztin

Datum, Unterschrift