

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



Cenata GmbH
 Paul-Ehrlich-Str. 23
 D-72076 Tübingen
 Tel. +49 7071 - 565 44 430
 Fax +49 7071 - 565 44 444
 E-Mail info@cenata.de

harmony

PRENATAL TEST

Nicht-invasiver Screeningtest auf eine fetale Trisomie 21,18,13 und geschlechtschromosomale Störungen

Kostenträger: IGeL Private Krankenversicherung

Informationen zur Schwangerschaft

Datum der Blutentnahme: [][] . [][] . [][] Uhrzeit: [][] : [][] Uhr

Gestationsalter (SSW + Tag p.m.): [][] + [][] (mind. 10+0 bei Blutentnahme, möglichst nach US)

Einlingsschwangerschaft Zwillingschwangerschaft

Ein Vanishing Twin kann im Harmony® Test zu fehlerhaften Ergebnissen oder zu Testausfällen führen. Der Harmony® Test wird daher in dieser Situation nicht durchgeführt.

IVF / ICSI, wenn ja:

eigene Eizelle(n) Eizellspende (fremde Eizelle(n))

Alter der Eizellspenderin/der Mutter (eigene Eizelle) bei Entnahme: [][] Jahre

Körpergewicht: [][][] , [][] kg Körpergröße: [][][] cm

Datum des Ultraschalls: [][] . [][] . [][]

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft:

Benötigtes Material: 2 x 8 ml Blut, cfDNA-Röhrchen

	IGeL ¹	PKV ¹
<input type="checkbox"/> Trisomie 21	169,00 €	194,39 €
<input type="checkbox"/> Trisomie 21,18,13	199,00 €	224,55 €
<input type="checkbox"/> + Geschlechtsbestimmung ²	17,49 €	20,11 €
<input type="checkbox"/> + Analyse geschlechtschromosomaler Störungen ³	69,00 €	77,08 €

¹ Die Abrechnung erfolgt mit der Patientin nach der Gebührenordnung für Ärzte entsprechend ihres Versicherungsstatus.

² Nur in Verbindung mit einer Risikoberechnung für Trisomien.

³ Monosomie X, Klinefelter-, Triple-X-, XYY- und XXYY-Syndrom (nur bei Einlingsschwangerschaften und nur zusätzlich zur Analyse auf Trisomie 21, 18, 13)

Bitte den beiliegenden Barcode hier einkleben



Wiederholungseinsendung

Erklärung des nach GenDG verantwortlichen Arztes

Ich bestätige, o.g. Patientin gemäß §10 Gendiagnostikgesetz (GenDG) genetisch beraten zu haben. Die Patientin wurde von mir über die Möglichkeiten und Grenzen des Harmony® Tests aufgeklärt. Gemäß meiner spezifischen Qualifikation nach §7 GenDG fordere ich diese pränatale genetische Untersuchung an.

Einsender (verantwortlicher Arzt nach GenDG)

Praxisstempel

Name des Arztes in Klarschrift

X

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Ort, Datum

Einwilligung zur Durchführung des Harmony® Tests gemäß Gendiagnostikgesetz

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der Harmony® Test aus meiner Blutprobe durchgeführt wird und verzichte auf den Zugang einer Annahmeerklärung. Ich bestätige, durch meinen Arzt entsprechend dem deutschen Gendiagnostikgesetz (GenDG) ausführlich genetisch beraten und über die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens aufgeklärt worden zu sein. Dabei hatte ich ausreichend Zeit und Gelegenheit, offene Punkte anzusprechen. Mir wurde erläutert, dass es sich beim Harmony® Test nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt und ein unauffälliges Ergebnis eine kindliche Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt. Mir ist bekannt, dass mir entsprechend dem GenDG das kindliche Geschlecht erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche (entsprechend SSW 14+0 nach der letzten Regelblutung) mitgeteilt werden darf. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich den Auftrag jederzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs habe ich die bis dahin entstandenen Kosten zu tragen. Weiterhin wurde ich über mein Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses informiert. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der Cenata GmbH elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und auch (z.B. per Fax) übermittelt werden. Die Befundergebnisse werden mir ausschließlich durch den verantwortlichen Arzt mitgeteilt.

Ich bin damit einverstanden, dass Probenmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung pseudonymisiert aufbewahrt und verwendet wird (ein Nichtankreuzen wird wie „nein“ gewertet). ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass Ergebnisse aus Folgeuntersuchungen dem Labor schriftlich übermittelt und von diesem gespeichert und verarbeitet werden dürfen (ein Nichtankreuzen wird wie „nein“ gewertet). ja nein

[]

Ort, Datum

X

Unterschrift der Patientin

Patientin Telefonnummer oder E-Mail für evtl. Rückfragen:

Der Harmony® Test ist ein hochentwickelter Screeningtest auf fetale Chromosomenstörungen. Er ist nicht zu Diagnosezwecken validiert oder bestimmt. Klinische Studien konnten ein hohes Maß an korrekter Erkennung von fetalen Chromosomenstörungen zeigen. Es werden jedoch nicht alle Feten mit Trisomien oder anderen Chromosomenstörungen erkannt. Als Primärprobe wird mütterliches Blut in cfDNA-Blutröhrchen entnommen. Für manche Feten mit einer Trisomie wird vom Harmony® Test ein „geringes Risiko“ ermittelt. Andererseits wird bei einigen wenigen euploiden (gesunden) Feten ein „hohes Risiko“ festgestellt. Falsch negative und falsch positive Ergebnisse sind, wenn auch sehr selten, möglich. In seltenen Fällen sind der Harmony® Test oder einzelne Testoptionen (Analyse geschlechtschromosomaler Störungen, Geschlechtsbestimmung) nicht auswertbar.

Angaben zur Abrechnung

siehe Rückseite



0086 0069 05

