

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

Verantwortlicher Pränataldiagnostiker: \_\_\_\_\_

### Fachgebundene genetische Beratung vor pränataler Diagnostik

nach Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) – Stand 11.07.2011

für ETS	<input type="checkbox"/>	AFP im Serum	<input type="checkbox"/>	Nackentransparenz	<input type="checkbox"/>	Chorionbiopsie	<input type="checkbox"/>	} mit nachfolgender zytogenetischer/ mol- zytogenetischer oder molekulargen. Diagnostik
Triple-Test	<input type="checkbox"/>	AFP im FW	<input type="checkbox"/>	Feindiagnostik	<input type="checkbox"/>	Amniozentese	<input type="checkbox"/>	
Anderes:.....						Nabelschnurpkt	<input type="checkbox"/>	

**Patientin wünscht ausdrücklich keine Beratung gem. GenDG**

**Angaben zur aktuellen Schwangerschaft:**

**Gravida:** \_\_\_\_\_ **SSW:** \_\_\_\_\_ **Indikationsstellung:** z.B. fam. bek. Erkrankung, Alter, US-Auffällig, besondere Beunruhigung

**Angaben zu früheren Schwangerschaften:**

**Zahl der Schwangerschaften:** \_\_\_\_\_ **Anzahl der Kinder:** \_\_\_\_\_ **Töchter** \_\_\_\_\_ **Söhne** \_\_\_\_\_  
**Besonderheiten, z.B. Fehlgeburten/Totgeburten**

**Eigenanamnese Schwangere**

**Ethnische Herkunft** \_\_\_\_\_ **Konsanguinität des Paares?** ja  nein

**Indikationsbezogene Familienanamnese unter Einbeziehung des Kindsvaters:**

(Stammbaum ggf. umseitig; kam die jetzt zu untersuchende Erkrankung in der Familie bereits vor?)

sonstige familienanamnestische Besonderheiten (z.B. Behinderungen, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkr.)

liegen Befunde vor? ja  nein  WV-Termin geplant? ja  am  nein

**Erörterung von Optionen bei auffälligem Befund:**

Kontrolluntersuchung, gezielte Nachuntersuchung, interdisziplinäres Konsil, Beratungsaspekte

**Ist eine fachärztliche humangenetische Beratung erforderlich?** ja  nein

**Sind weitere Sachverständige hinzuzuziehen?** ja  nein

heranzuziehen sind: \_\_\_\_\_

**Wird eine psychosoziale Beratung gewünscht?** ja  nein

**Gibt es Hinweise auf erhöhte Wdh-wahrsch. für weitere Angehörige?** ja  nein

Ich bitte um Mitteilung der Ergebnisse an mitbehandelnde Ärzte ja  nein

Herr/Frau/Klinik \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Weiterleitung des Auftrages an ein spezialisiertes Labor einverstanden. ja  nein

Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für spätere Diagnosemöglichkeiten einverstanden. ja  nein

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patientin / Patient / gesetzl. Vertreter**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des beratenden Arztes/Stempel**