



Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ
 Präventiv
 bei belegärztl. Behandlung
 Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

SER Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

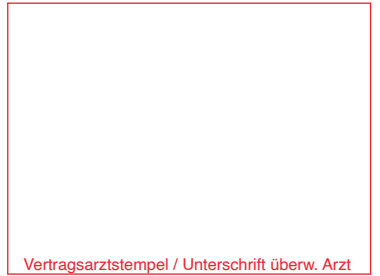
SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Informationen zur Schwangerschaft bei der Blutentnahme

Datum der Blutentnahme: (TTMMJJ) Körpergewicht: kg

Schwangerschaftswoche + Tag: + Körpergröße: cm

Zwillingschwangerschaft ja Falls ja: monozygot (eineiig)
(bei Vorliegen eines Vanishing Twin kann der gravviti-Test nicht durchgeführt werden) nein dizygot (zweieiig)
 nicht bekannt

Schwangerschaft mit ja IVF-Schwangerschaft ja
 Leihmutter oder Eizellspende nein nein

Auftrag für eine pränatale genetische Untersuchung

Trisomie 21, 18, 13

Geschlechtsmitteilung erwünscht* 17,49 €
(bei dizygoten Zwillingen nur eingeschränkt möglich)

Abrechnung

Leistung der gesetzlichen Krankenkasse

Selbstzahlerleistung * 195,00 €

Privatleistung * 195,00 €

gravviti



MVZ Düsseldorf-Centrum GbR

Telefon +49 211 27 101 0

E-Mail support@zotzklimas.de

Web www.gravviti.de

Anforderung und Einwilligungserklärungen auf der Rückseite - **bitte wenden!**



Anforderung nach §7 / §8 GenDG

Ich habe die Patientin auf der Basis meiner spezifischen Qualifikation genetisch beraten und erbitte gem. §7 GenDG ihre pränatale genetische Untersuchung mit dem gravviti-Test beim MVZ Düsseldorf-Centrum GbR. Die Patientin wurde von mir über die Möglichkeiten und Grenzen des gravviti-Tests aufgeklärt. Die Untersuchung dient der vorgeburtlichen Risikoabschätzung (Trisomie 21, 18, 13) und soll an der eingesandten Blutprobe erfolgen. Eine Einverständniserklärung der Patientin liegt vor.

Ort, Datum

Name aufklärende Ärztin:Arzt in Klarschrift

Unterschrift aufklärende Ärztin:Arzt

Patienteneinwilligung zur Durchführung des gravviti-Test gemäß §7 / §8 GenDG

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der gravviti-Test aus meiner Blutprobe durchgeführt wird. Ich bestätige, durch meine Ärztin:Arzt entsprechend dem deutschen Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) ausführlich beraten und über 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 gravviti-Test nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt und ein unauffälliges Ergebnis eine Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt. Mir ist bekannt, dass entsprechend des GenDG das kindliche Geschlecht erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche (entsprechend 14+0 nach der letzten Regelblutung) mitgeteilt werden darf. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich den Auftrag jederzeit gegenüber der Ärztin:Arzt widerrufen kann. Im Fall eines Widerrufs habe ich die bis dahin entstandenen Kosten zu tragen. Weiterhin wurde ich über mein Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses informiert.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Abrechnung (Privat/ Selbstzahler)

* Mir ist bekannt, dass ich für die von mir gewünschte Analyse, sowie damit verbundene ärztliche Leistungen (Blutentnahme, Beratung und Gutachtenerstellung) eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalte und unabhängig von einer Kostenerstattung meiner Krankenkasse zur Kostenübernahme verpflichtet bin.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

