

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse:

Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik  
Friedrichstraße 38 – 40 · 01067 Dresden

E-Mail: [info@praxisverbund-humangenetik.de](mailto:info@praxisverbund-humangenetik.de)

Tel. Labor: 0351 / 492 78 900 · Fax: 0351 / 492 78 955

Alle Formulare finden Sie unter: [www.praxisverbund-humangenetik.de](http://www.praxisverbund-humangenetik.de)

## Informationsblatt und Einwilligung zum Pränatalen Schnelltest mittels FISH-Analyse

Einsender (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Sehr geehrte Patientin,

die Fluoreszenz-in situ-Hybridisierung (FISH) an unkultivierten Fruchtwasserzellen ermöglicht innerhalb kürzester Zeit (1-2 Werktage) einen Ausschluss der häufigsten Chromosomenstörungen (Ausschluss Trisomie 13, 18, 21 sowie zahlenmäßiger Veränderungen der Geschlechtschromosomen).

Da die FISH-Analyse nur ca. 85 % aller Chromosomenstörungen erfasst und insbesondere strukturelle Chromosomenveränderungen nicht erkennt, ist die Durchführung einer regulären Chromosomenanalyse dennoch obligat (Dauer 2-3 Wochen).

Die Aussagekraft der FISH-Untersuchung kann bei einer zu geringen Anzahl von Fruchtwasserzellen, beim Vorliegen chromosomaler Mosaik und bei Kontamination des Fruchtwassers mit mütterlichen Zellen eingeschränkt sein.

Dieser so genannte „pränatale Schnelltest“ stellt keine vertragsärztliche Leistung dar. Wenn Sie einen schnellen Ausschluss o. g. Trisomien mittels FISH-Analyse wünschen, müssen Sie die Kosten in Höhe von derzeit **GOÄ € 173,71** selbst tragen.

### Auftrag zur Durchführung eines Pränatalen Schnelltests mittels FISH-Analyse

Ich wünsche einen schnellen Ausschluss o. g. Trisomien und beauftrage das Zytogenetische Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik mit der Durchführung einer FISH-Analyse inkl. Begutachtung.

Die Kosten dieser Untersuchung in Höhe von **GOÄ € 173,71** werde ich selbst tragen.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_  
bzw. bei Minderjährigen des/der Sorgeberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Leistung von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_  
bzw. bei Minderjährigen des/der Sorgeberechtigten