



## Anforderungsschein für den nicht invasiven Pränataltest (NIPT)

**Stempel**

**Auftragsnummer**

### Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ SSW: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Entn. Datum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  W  M  D Adresse: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ Krankenkasse/  
Kostenträger: \_\_\_\_\_

- Einlingsschwangerschaft  Wiederholung der Analyse  
 Zwillingschwangerschaft  Unterzeichnete Einwilligungserklärung liegt vor

### Wichtige Hinweise:

- Die Untersuchung ist ab der 10. SSW möglich,
- Die Untersuchung ist nur bei Ein- oder Zwillingschwangerschaften durchführbar.
- Lagerung und Transport sollte bei Raumtemperatur erfolgen.
- Der NIPT wird von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet, wenn Hinweis auf Trisomie und/oder mit dem/der Arzt/Ärztin die Notwendigkeit der Untersuchung abgestimmt ist.

Material: Cell-Free DNA BCT CE Röhrchen, Streck®

### Anforderungen:

- Trisomie 21, 18 und 13 (NIPTTR3)  
 Trisomie 18 und 13 (NIPTTR2)  
 + Geschlechtsbestimmung\* (NIPTG)  
 + Geschlechtschromosomen-Fehlverteilung X/Y\*\*,  
**mit** Geschlechtsbestimmung\* (NIPTGFM)  
 + Geschlechtschromosomen-Fehlverteilung X/Y\*\*,  
**ohne** Geschlechtsbestimmung\* (NIPTGFO)

GKV (Zuzahlung)	Kosten (IGeL)	Kosten (PKV)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 199,00 €	<input type="checkbox"/> 227,90 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 199,00 €	<input type="checkbox"/> 227,90 €
<input type="checkbox"/> 17,49 €	<input type="checkbox"/> 17,49 €	<input type="checkbox"/> 33,51 €
<input type="checkbox"/> 52,47 €	<input type="checkbox"/> 52,47 €	<input type="checkbox"/> 93,84 €
<input type="checkbox"/> 34,98 €	<input type="checkbox"/> 34,98 €	<input type="checkbox"/> 60,33 €

\*Das fetale Geschlecht darf in Deutschland gemäß § 15 Abs. 1 GenDG der Schwangeren mit ihrer Einwilligung nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche nach Empfängnis (p.c.) mitgeteilt werden.

\*\*Nicht bei Zwillingschwangerschaften durchführbar.

Ich beauftrage das **MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz-Mittelrhein GbR, Viktoriastraße 35-39, 56068 Koblenz** mit den vorstehend markierten Laboruntersuchungen. Sie werden teils im Rahmen einer nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehörenden Behandlung benötigt, die auf meinen Wunsch durchgeführt wird. Mir ist durch meinen behandelnden Arzt bekannt, dass ich die Gebühren und Auslagen für diese Laboruntersuchung selbst zahlen muss.

Einverständniserklärung der Patientin: Datum, Unterschrift