

## Humangenetik Präimplantationsdiagnostik

Einsender:		Angaben zum Paar:	
Name:	Name:	Geschlecht:	
Klinik/Labor:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich	
Adresse:	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> Weiblich	
Telefon:	Adresse:		
	Name:	Geschlecht:	
	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich	
	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> Weiblich	
	Adresse:		
Befundversand:			
E-Mail (HIN-gesichert):			
Kopieempfänger: <small>(HIN-gesicherte E-Mail oder vollständige Adresse)</small>			
Untersuchungsmaterial:	Indikation		
<input type="checkbox"/> Embryobiopsie <input type="checkbox"/> Polkörper			
Entnahmedatum:			
Entnahmezeit:			
Analysen			
<input type="checkbox"/> Chromosomenstörung (PGT-SR/PGT-A)	<input type="checkbox"/> Monogene Erkrankung (PGT-M)		
Karyotyp der Trägerin/des Trägers (für PGT-SR):	Gen: .....		
.....	Mutation(en): .....		
Kosten: 500 CHF pro Biopsie/Polkörperpaar	.....		
	Kosten: 800 CHF für PGT-Vorbereitung (einmalig) 700 CHF pro Biopsie/Polkörperpaar		
Einwilligung			
Hiermit bestätigen wir, dass wir			
<ul style="list-style-type: none"> <li>mit der genetischen Untersuchung an den Polkörpern/Embryobiopsien einverstanden sind</li> <li>verstanden haben, dass die genetische Untersuchung u. U. keine klare Aussage über den Genotyp des Fetus erlaubt</li> <li>verstanden haben, dass bei der genetischen Untersuchung sog. Überschussinformationen anfallen können</li> <li>die Kosten der genetischen Untersuchung selber tragen</li> <li>mit der Weiterverwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial in anonymisierter Form für die Qualitätssicherung einverstanden sind (<b>bitte streichen, falls nicht einverstanden!</b>)</li> </ul>			
Ort und Datum: .....		Unterschriften: .....	
		.....	
<b>Aufklärender Arzt/Aufklärende Ärztin:</b>			
Ich bestätige, das oben genannte Paar gemäß dem geltenden Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) aufgeklärt und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.			
Name/Vorname: .....			
Ort und Datum: .....		Unterschrift: .....	