

**Dr. med. Lutz Pfeiffer**  
Facharzt für Humangenetik

**Dr. rer. nat. Britta Belitz**  
Fachhumangenetikerin

**Dr. med. Miriam Kinzel**  
**Dr. med. Paweł Szyld**  
Fachärzte für Humangenetik (angestellt)

**Dr. med. Martina Hampel**  
Ärztin in Facharztweiterbildung

## Praxis für Medizinische Genetik

Genetische Beratung und Diagnostik  
Zytogenetisches & Molekulargenetisches Labor

Frankfurter Allee 231 A, 10365 Berlin  
MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg

Telefon 030 5779 870 FAX 030 5779 8719  
Email genetik@pdmg.de www.pdmg.de

## Ambulanter Behandlungsvertrag für einen Pränatalen Schnelltest - FISH

Ich \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,  
Name, Vorname

wohnhaft \_\_\_\_\_,

telefonisch erreichbar unter \_\_\_\_\_,

beauftragte die o. g. Praxis für Medizinische Genetik mit der genetischen Diagnostik aus

**Fruchtwasser** **Fetalblut** **anderem Material** \_\_\_\_\_,

das durch **Frau Herrn Dr. med.** \_\_\_\_\_

entnommen wurde und in die o. g. Praxis übersandt wird.

Folgende Ärzte sollen über den Befund informiert werden \_\_\_\_\_

### Einverständnis der Patientin bzw. des (gesetzlichen) Vertreters (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser angeforderten Untersuchung/en sowie damit erzielbare Ergebnisse, über die damit zu erwartenden gesundheitlichen Risiken sowie deren Therapieoptionen und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten und ggf. weiteren notwendigen genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Gewebeentnahme (z. B. Blut). Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt bzw. publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial zur Validierung von Methoden bzw. für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung aufbewahrt wird, bis der Zweck der Untersuchung vollständig erfüllt ist. Ich möchte über so genannte Zufallsbefunde, das sind Ergebnisse, die sich nicht auf die o. g. Diagnose beschränken, informiert werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

### Beauftragung und Zahlungsklausel

Die Diagnostik soll an folgenden Chromosomen durchgeführt werden:

<b>21 – V. a. Down-Syndrom</b>	(1 Sonde)
<b>13 – V. a. Patau-Syndrom</b>	(1 Sonde)
<b>18 – V. a. Edwards-Syndrom</b>	(1 Sonde)
<b>X/Y – Geschlechtschromosomen</b>	(2 Sonden)

Die Kosten betragen für eine Sonde 65 EUR, für zwei Sonden 99 EUR, für drei Sonden 120 EUR, für vier Sonden 140 EUR und für fünf Sonden 150 EUR.

Ich beauftrage die Praxis für Medizinische Genetik mit der Durchführung der von mir gewünschten Untersuchung/en und erkläre die Übernahme der Kosten, die mir von der Praxis für diese Untersuchung in Rechnung gestellt werden. Ich wurde darüber informiert, dass sich das Honorar aus den Leistungsziffern, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 01.04.2005 enthalten sind, ergibt. Ärztliche Leistungen werden im Allgemeinen mit dem Faktor 2,3 und Laborleistungen mit dem Faktor 1,8 berechnet.

Ich wünsche **eine** Kopie des Befundes . Ich wünsche **keine** Kopie des Befundes .

In diesem Befund ist das Geschlecht des zu erwartenden Kindes enthalten.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift der Patientin bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

**Informationen zum Pränatalen Schnelltest = FISH-Test**

FISH = Fluoreszenz in situ Hybridisierung

Sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen ist eine Fruchtwasseruntersuchung geplant. Diese wird durchgeführt, um Schäden im Erbmateriale (an der Zahl und/oder Struktur der Chromosomen) auszuschließen.

Der Verdacht auf eine Chromosomenschädigung kann bei

- erhöhtem mütterlichen Alter (z.B. > 35 Jahre)),
- auffälligem Ultraschallbefund,
- auffälligem Triple-Test vorliegen.

Die häufigsten Chromosomenstörungen sind die Trisomie 21 (= Down-Syndrom, auch landläufig als „Mongoloidismus“ bezeichnet), die Trisomie 18 (Edwards-Syndrom), die Trisomie 13 (Patau-Syndrom) sowie die Monosomie X (Turner-Syndrom).

Die vollständige Untersuchung aus Fruchtwasser dauert durchschnittlich 13 Tage (11–17 Tage). So lange müssen Sie sich gedulden, um eine Aussage zum Chromosomenbefund Ihres Kindes zu erhalten.

Erfahrungsgemäß wird diese ca. zweiwöchige Zeitspanne von den betroffenen Frauen oder Paaren als sehr belastend empfunden. Besonders belastend kann dieser Zeitraum bei dringendem Verdacht auf eine Chromosomenstörung infolge eines auffälligen Ultraschallbefundes oder eines auffälligen Triple-Testes sein.

Die Zeit bis zum Vorliegen des vollständigen Chromosomenbefundes kann für Sie deutlich kürzer und entspannter gestaltet werden.

Hierfür bietet sich der Pränatale Schnelltest = FISH an.

Über eine moderne labormedizinische Färbemethode wird es mit dem FISH-Test möglich, die häufigsten Chromosomenstörungen innerhalb von 24 bis 48 Stunden zu diagnostizieren.

Konkret können die

- Trisomie 21 (Down-Syndrom),
- Trisomie 18 (Edwards-Syndrom),
- Trisomie 13 (Patau-Syndrom) und das
- Turner-Syndrom

ermittelt bzw. ausgeschlossen werden.

- Außerdem wird das kindliche Geschlecht ermittelt.

Die Kosten für diesen FISH-Test werden seit dem 01.04.1999 nicht mehr durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Auch die Privaten Krankenkassen tragen nicht in jedem Falle die Kosten dafür.

Anfallende Kosten für einen Pränatalen Schnelltest (FISH) müssen Sie selber tragen.

Der Pränatale Schnelltest (FISH) kostet ca.150 EUR.

Bei all den genannten Vorteilen des Schnelltestes weisen wir darauf hin, dass alle anderen Chromosomendefekte (andere Trisomien wie die Trisomie 9 bzw. 10 oder Strukturdefekte) trotzdem noch mit der normalen Chromosomendiagnostik ausgeschlossen werden müssen, da diese mittels FISH-Test nicht erkennbar sind!

Sollten Sie nach den Ihnen nun vorliegenden Informationen einen Pränatalen Schnelltest auf eigene Kosten wünschen, bitten wir Sie, den umseitig stehenden Behandlungsvertrag auszufüllen und zu unterschreiben.