

BESTIMMUNG DES FETALEN RHESUSFAKTORS AUS MÜTTERLICHEM BLUT (RhD-NIPT)



BIOSCIENTIA
MEDIZIN. LABOR. SERVICE.

Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH |
Konrad-Adenauer-Straße 17 | D-55218 Ingelheim | Tel. 06132 781-0 |
Fax 06132 781-214 | labor-ingelheim@bioscientia.de | bioscientia.de

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name des/der Patienten/in	
Vorname des/der Patienten/in	Geburtsdatum
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Land	
Tel.	Patienten-Nr.

Arztstempel und Unterschrift	Barcode
------------------------------	---------

Etwa 17% der Frauen in Deutschland sind Rhesus-D-negativ (RhD-negativ). Davon tragen ca. 60 % einen RhD-positiven Feten aus. Bisher wurde in der Schwangerschaft bei allen RhD-negativen Frauen eine Anti-D-Prophylaxe in der 28. – 30. Schwangerschaftswoche empfohlen. Eine Anti-D-Prophylaxe ist jedoch nicht notwendig, wenn der Fetus einer RhD-negativen Schwangeren ebenfalls RhD-negativ ist. Ca. 40 % der Frauen wird deshalb unnötig antepartal Anti-D-Immunglobulin verabreicht. Nach der Anpassung der Mutterschafts-Richtlinien ist es jetzt möglich, jeder RhD-negativen Schwangeren die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zu ermöglichen. Durch die neue Methode der RhD-Genotypisierung zellfreier fetaler DNA (cff DNA) aus mütterlichem Blut lässt sich der fetale Rh-Status mit sehr hoher Genauigkeit bestimmen und ist gleichwertig mit der postnatalen Rhesusfaktorbestimmung aus Nabelschnurblut oder Plazenta. Die Anwendung ist auf **Einlingsschwangerschaften** begrenzt. Die Analyse ist möglich ab der 12. SSW, liefert aber erst ab der 18. Schwangerschaftswoche zuverlässige Ergebnisse.

Schwangerschaftswoche +

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt: _____ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Blutentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Bereits mitgeteilte Ergebnisse unterliegen der 10-jährigen Aufbewahrungsfrist und können selbst auf Wunsch der untersuchten Person nicht vor deren Ablauf vernichtet werden. Ich bin damit einverstanden, dass Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergegeben werden. .

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters: _____

Eine Einwilligungserklärung mit Zustimmung zu den obengenannten Unterpunkten liegt mir vor.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des/r behandelnden Arztes/Ärztin: _____

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung: Telefon 06132 781-0.