



Patient (bitte vollständig ausfüllen)

Name

Vorname

Geb. Datum W M Patienten ID / AHV Nummer

Strasse, Nr.

Adresszusatz

PLZ Ort

fetaler Rhesus-Faktor (RhD)

Auftraggeber

Musterformular

Es gelten unsere AGB auf www.medisyn.ch/AGB

Auftragsbarcode

1

Dringende Analysen (Notfälle):

Behandelnder Arzt Tel. direkt

Zusätzliche Befundübermittlung

Kopie an Patient Telefon

Kopie an andere Ärzte: Fax

Rechnungsstellung an:

Krankenkasse (falls unzustellbar, an Patient)

Andere Einsender Unfallversicherung

Name Versicherung / Andere, Strasse, PLZ Ort

Ambulant Stationär

Schwangerschaft SSW + Tag Check up

Visum Entnahmedatum Entnahmezeit

Klinische Angaben / Diagnostische Fragestellung

ACHTUNG
Lagerung und
Transport bei
Zimmer-
temperatur

Weitere Analysen erwünscht

Legende zum Material

Blut EDTA-Vollblut 8ml S

Fetaler Rhesus D im mütterlichen Blut	Geforderte Analyse		Schwangerschaftswoche		
	<input type="checkbox"/> Fetale RhD Genotypisierung	S EDTA	18-24 (SSGO-Empfehlung)		
Informationen zu Paaren					
Datum der letzten Periode		Ethnie	Patient	Partner	
Datum der Probenentnahme		kaukasisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgruppe und Rh Mütterlich		afrikanisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgruppe und Rh Väterlich		andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinweis					
Systematisches Screening	<input type="checkbox"/>	Alloimmunisierung	<input type="checkbox"/>		
Metrorrhagien	<input type="checkbox"/>	Abdominaltrauma	<input type="checkbox"/>		
Screening vor invasiven Eingriffen	<input type="checkbox"/>	Andere:	<input type="checkbox"/>		
Einwilligungserklärung					
Ich habe der oben genannten Patientin den Zweck und das Verfahren der genetischen Analyse erklärt, einschliesslich Ihrer Einschränkungen und beantwortete alle Fragen, die Sie stellen wollte.					
Unterschrift			Datum und Ort		
Patientin					
Ich habe die Informationen des Arztes über den Zweck des Tests, seine Risiken und die möglichen Einschränkungen erhalten. Ich konnte alle meine Fragen stellen und erhielt Antworten. Ich stimme der Analyse des fetalen Rhesus-Faktor D zu					
Unterschrift			Datum und Ort		
Praxisstempel					

Für weitere Details zu Unterauftragnehmern und Analysen ausserhalb des akkreditierten Bereichs verweisen wir auf das Analysenverzeichnis www.medisyn.ch

