

Indikation zur Analyse von Trophektoderm nach FMedG

Betrifft: und
Nachname, Vorname der Patientin (in Blockbuchstaben)

.....
Nachname, Vorname des Patienten (in Blockbuchstaben)

Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt bestätigt hiermit, dass bei dem genannten Paar einer der folgenden Punkte zutrifft:

- Nach drei oder mehr Übertragungen entwicklungsfähiger Zellen im Rahmen einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung konnte keine Schwangerschaft herbeigeführt werden und es besteht Grund zur Annahme, dass dies auf eine genetische Disposition der entwicklungsfähigen Zellen und nicht auf andere Ursachen zurückzuführen ist.
- Zumindest drei ärztlich nachgewiesene Fehl- oder Totgeburten traten spontan ein und hatten ihre Ursache mit hoher Wahrscheinlichkeit in der genetischen Disposition des Kindes.
- Auf Grund der bekannten genetischen Disposition
(z.B. Karyotyp bei Translokation) zumindest eines Elternteils besteht die ernste Gefahr, dass es zu einer Fehl- oder Totgeburt oder zu einer Erbkrankheit des Kindes kommt.

Die Patientin erfüllt somit die im § 2a. (1) des Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetzes genannten Kriterien für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik.

Eine Einverständniserklärung der Patientin zur Durchführung der genetischen Analyse ist beigefügt.

	Name der einsendenden Einrichtung
	Straße und Hausnummer
Stempel der einsendenden Einrichtung	Postleitzahl Ort

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT