



Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender/Arzt/Adresse/Stempel

Nachrichtlich an:

### Kostenträger

- ambulant stationär
- Überweisungsschein Labor Muster 10  Rechnung an Einsender/Klinik
- Überweisungsschein folgt  Privat, Rechnung an Patient/in
- Privat, Rechnung an Patient/in

### Untersuchungsmaterial

- EDTA-Blut  Heparin-Blut
- DNA  Tumormaterial
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Labornummer:

## Postnatale genetische Diagnostik

### Angaben zum Patienten/zur Patientin

Indikation/Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_ ICD-10 Code: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Ethnische Herkunft: \_\_\_\_\_

Patient/Patientin erkrankt:  Ja  Nein

Elterliche Blutsverwandtschaft:  Ja  Nein

Familienangehörige erkrankt:  Ja  Nein wer: \_\_\_\_\_ woran: \_\_\_\_\_

(Bitte Befund beilegen)

Klinische Informationen/Stammbaum (gerne auch Arztbrief/Befundkopie beifügen):

### Anforderung (Chromosomenanalyse aus Heparin-Blut, ansonsten EDTA-Blut)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse  | <input type="checkbox"/> AZF  |
| <input type="checkbox"/> Array-CGH   | <input type="checkbox"/> C9orf72 und ALS-Panel  |
| <input type="checkbox"/> Fragiles X-Syndrom  | <input type="checkbox"/> Chorea Huntington  |
| <input type="checkbox"/> Multi-Gen Panel entsprechend der klinischen Daten der Verdachtsdiagnose | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose: <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Sequenzierung |
| <input type="checkbox"/> Exom-Analyse (WES)  | <input type="checkbox"/> Friedreich-Ataxie  |
| <input type="checkbox"/> Exom-Analyse (WES)-Trio (mit Blut der Eltern)                           | <input type="checkbox"/> Myotone Dystrophie Typ 1   |
| <input type="checkbox"/> Einzelgen-Analyse   | <input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom/Angelman-Syndrom  |
| Gen: _____ <input type="checkbox"/> ggf. fam. Variante: _____                                    | <input type="checkbox"/> Spinale Muskelatrophie (SMN1/SMN2)   |
| <input type="checkbox"/> DNA-Isolierung  | <input type="checkbox"/> SCA (1, 2, 3, 6, 7, 8, 17)   |
| <input type="checkbox"/> MSA+IHC an Tumormaterial  |   |
| <input type="checkbox"/> Promotormethylierung MLH1   |   |

Bitte denken Sie an die obligatorische Einverständniserklärung (Rückseite)!

# Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) nach Aufklärung durch den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin:

Ich wurde durch meinen o.g. behandelnden Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte genügend Bedenkzeit und erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Blut-/Gewebeentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen entsprechend der oben genannten Anforderung bzw. zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung. Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden. Der Untersuchungsauftrag darf bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

**Bei Anforderung eines Exoms:** Ich wurde darüber informiert, dass sich die Befundung auf die Veränderungen konzentriert, die in einem direkten Zusammenhang mit der klinischen Indikation/Diagnose stehen. Im Falle einer erweiterten Analyse (z. B. WES) erkläre ich mich zusätzlich mit dem Bericht folgender Varianten einverstanden:

■ Von Veränderungen, die nicht mit der bestehenden Symptomatik in Zusammenhang stehen, die aber zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen und deren Kenntnis zu einer verbesserten Behandlung und/oder Vorsorge führt (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
■ Von Veränderungen in bisher nicht krankheitsassoziierten Genen, deren Varianten nur nach weiterer wissenschaftlicher, experimenteller Untersuchung und Bestätigung für klinische Entscheidungen herangezogen werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Mir ist bekannt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Ich kann jederzeit die Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen, solange sie mir noch nicht mitgeteilt wurden. Ab Mitteilung unterliegen sie der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden und gestatte die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte dem ausführenden Labor übereignet werden und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form, sowie die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ganz oder auch in Teilen mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Bei privatversicherten PatientInnen: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die entstehenden Kosten der Beratung und evtl. Diagnostik mit mir persönlich abgerechnet werden. Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen.

Ich willige ein, dass die umseitig aufgeführte Diagnostik auch ohne vorherige Kostenübernahmeerklärung meiner Krankenkasse durchgeführt werden soll und die Kosten ggfs. von mir persönlich getragen werden müssen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ort, Datum

X

Unterschrift des/r Patienten/-in

X

Name in Blockschrift UND Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Kontaktnummer bei Rückfragen

## Allgemeine und präanalytische Hinweise

Humangenetische Leistungen belasten weder Ihr Laborbudget noch ist Ihr Wirtschaftlichkeitsbonus betroffen.

Probenmaterial	Menge
Heparin-Blut	3 – 5 ml
EDTA-Blut	3 – 5 ml (bei Kleinkindern 1 ml ausreichend)
DNA	1 – 5 µg

Der Probenversand kann ungekühlt per Post erfolgen. Schützen Sie die Proben vor Beschädigung und verwenden Sie geeignete Transportbehälter. Legen Sie bei gesetzlich versicherten Patienten einen Überweisungsschein Muster 10 mit Angabe des Untersuchungsauftrages und den ICD-10-Codes der (Verdachts)Diagnose bei.