

ANFORDERUNGSFORMULAR

MOLEKULAR- UND ZYTOGENETISCHE DIAGNOSTIK

(Humangenetische Leistungen berühren nicht das Budget!)

Krankenkasse:	<i>Patienteninformation</i>
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Abrechnung: Ambulant
(bitte Laborüberweisungsschein 10 beifügen)
Stationär
Privat
Befund an[§] Einsender
behandelnden Arzt

[§]Gemäß GenDG dürfen molekulargenetische Befunde **nur** an den verantwortlichen Arzt gesendet werden.

Angaben zum Patienten (Pränatale und dringende Untersuchungen bitte möglichst telefonisch ankündigen)

Geschlecht: männlich weiblich
Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein
falls ja: SSW: _____

Material: DNA; EDTA-Blut: Abnahmetag/Uhrzeit: _____; _____

Klinische (Verdachts-)Diagnose, Anamnese, Klinik, Vorfunde:

Angaben zur Familie/ggf. Stammbaum: Insbesondere Angaben zu ähnlichen Erkrankungen, Fehl-/ Totgeburten, geistige oder körperliche Behinderung, Stoffwechselkrankheiten, Zystische Fibrose.

Angeforderte Untersuchung: (das Leistungsverzeichnis finden Sie auch unter: www.humangenetik-freiburg.de)
(oder bitte im Leistungsverzeichnis ankreuzen)

- Analyse folgender Gen(e): _____
- Paneldiagnostik*²: _____
- Chromosomenanalyse (ggfs FISH)*³: _____ (bitte **NH4-Blut**)
- CGH-Array*¹ (seit 01.07.2016 muss bei gesetzlich Versicherten zuerst eine Chromosomenanalyse durchgeführt werden)

Bitte beachten Sie: ohne vollständig ausgefüllte Einwilligungserklärung können genetische Untersuchungen nach dem GenDG nicht durchgeführt werden.

Arztstempel und ggfs. Kontakt
Informationen

Ort, Datum **X** Unterschrift, **Arzt** Name in Druckschrift

Probenmaterial und Versand: 5-10 ml EDTA-Blut, NH4-Blut bei Chromosomenanalyse oder DNA; Versand am Tag der Entnahme.

*1: Aufgrund der Vorgaben der KBV zu Kapitel 11.4 EBM bitten wir Sie bei Array CGH Anforderungen auf dem Überweisungsschein unbedingt die Indikationskriterien gemäß EBM 11500 anzugeben.

*2: Genpanels bis 25 kb sind seit 01.07.2016 EBM Leistung. Größere Panels sind genehmigungspflichtig - *3: In Kooperation

Bitte schicken Sie die Probe inkl. Einwilligungs- und Anforderungsformular an:
Praxis für Humangenetik, Heinrich-von-Stephan-Str. 5 D-79100 Freiburg

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR GENETISCHEN DIAGNOSTIK (gemäß Gendiagnostikgesetz, GenDG)

(Humangenetische Leistungen berühren nicht das Budget!)

Patient/in: _____
NAME, Vorname

Geburtsdatum

Untersuchung (Gene(e) bzw. Erkrankung, bitte einfügen):

Bitte ankreuzen:

Es handelt sich um eine Untersuchung auf Anlageträgerschaft für die bezeichnete Erkrankung?
(prädiktiv, *aktuell keine klinischen Symptome*) Ja Nein

Wenn ja, wurde eine genetische Beratung durchgeführt? Ja Nein

Ich bitte um Mitteilung aller Zusatzbefunde, die nach aktuellem Wissensstand eine gesundheitliche
Bedeutung für mich oder meine Familie haben: Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt wurde
- ich der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zustimme
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde
- ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass **(Nichtzutreffendes bitte streichen)**

- die bei mir gefundenen genetischen Veränderungen unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes (Anonymisierung, bzw. Pseudonymisierung) auch für wissenschaftliche Zwecke verwandt werden können.
- verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann (Übereignungsverfügung nach §950 BGB).
- ggf. der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes med. Kooperationslabor weitergeleitet wird
- die Untersuchungsergebnisse über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden können.

_____ **X** _____
Ort, Datum Unterschrift **Patient/in bzw. Vormund**

_____ **X** _____
Unterschrift **Arzt** (Name in Druckschrift)

Bitte beachten Sie: unbedingt erforderlich sind alle hier geforderten Angaben, also auch Unterschriften von Arzt und Patient. Bei Vorliegen unzureichend ausgefüllter bzw. nicht oder nur zum Teil unterschriebener Erklärungen darf nach GenDG keine Untersuchung erfolgen!

Bitte schicken Sie die Probe inkl. Einwilligungs- und Anforderungsformular an:
Praxis für Humangenetik, Heinrich-von-Stephan-Str. 5 D-79100 Freiburg