

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Patienten-/ Probennummer:

 ♀ ♂

Name Patient:

Name Partner:

Zytogenetik

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heparinblut | <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (ggf. erweitert) | <input type="checkbox"/> Mosaikausschluss..... |
| <input type="checkbox"/> Abortmaterial | <input type="checkbox"/> FISH:..... | |
| <input type="checkbox"/> Wangenschleimhaut | <input type="checkbox"/> Mikrodeletionen: | |

Molekulare Diagnostik (nach Anmeldung)

- | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> EDTA-Blut | <input type="checkbox"/> Mukoviscidose | <input type="checkbox"/> AZF | <input type="checkbox"/> familiäres Darmkrebsrisiko |
| <input type="checkbox"/> asservieren | <input type="checkbox"/> Fragiles-X-Syndrom | <input type="checkbox"/> Array CGH | <input type="checkbox"/> familiäres Brustkrebsrisiko |
| | <input type="checkbox"/> (Trio-) Exomanalyse Rückseite muss ausgefüllt werden | | |

Indikation (alternativ Arztbrief beilegen):.....

Eigenanamnese (Erkrankungen, Medikamente, Verwandtschaft):

Weitere Angaben (für molekulare Diagnostik monogener Erkrankungen zwingend erforderlich):

 Analyseart: diagnostisch (Patient betroffen) prädiktiv (Verw. Grad):..... Überträger pränatal

 Gibt es (weitere) betroffene Familienmitglieder? nein ja/ Verwandtschaftsgrad.....

 Wurden in der Familie genetische Untersuchungen durchgeführt? nein ja (Ergebnisse/ Befunde bitte angeben)

Ich gebe hiermit mein Einverständnis zur Durchführung oben angekreuzter Untersuchung. Ich bin von meinem behandelnden Arzt umfassend über die angeforderte Untersuchung selbst, ihre Grenzen und die möglichen Ergebnisse aufgeklärt worden.

 Mein Arzt soll den Befund erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial und die Befunde

 länger als die gesetzlich vorgeschriebenen Fristen, z.B. für eine spätere Zusatzuntersuchung, Kontrolle oder für meine Familie aufbewahrt werden.

 anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke oder als laborinterne Kontrolle verwendet werden können.

Meine Untersuchungsergebnisse und Daten unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht.

 Ich bin damit einverstanden, dass ggf. die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

 Ich stimme der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon – falls erforderlich – an ein medizinisches Kooperationslabor zu.

Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Eine Genetische Beratung (Frau Dr. Hentze 0621-822742) zur Klärung weiterer Fragen ist mir angeboten worden. Ich möchte das Angebot

 wahrnehmen habe es wahrgenommen nicht wahrnehmen, ich habe ein Informationsblatt dazu erhalten

Ort/ Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt

Probenannahme Datum..... Uhrzeit.....UK..... Fahrdienst.....

Material/ Menge:

Auftragsannahme (Datum/ UK):
Befund / Datum
 Unterauftrag versandt an (Datum/ UK)

BE (Datum/ UK):

Dr. rer. nat. A. Louis/ Dr. med. S. Hentze

Einsender:

(Stempel/ Unterschrift)

MUSS unbedingt ausgefüllt werden

(Trio-) Exomanalysen erfordern eine erweiterte Einverständniserklärung, EDTA Blutproben beider Eltern sowie Überweisungsscheine Muster 10

Einverständniserklärung zur umfassenden Abklärung einer syndromalen Fehlbildung/ Entwicklungsstörung

Name Kindsmutter:

Name Kindsvater:

Kindsmutter

Kindsvater

Heparinblut

Heparinblut

EDTA-Blut

EDTA-Blut

Ich bin/ wir sind einverstanden

- mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages für die geplante Diagnostik an ein medizinisches Kooperationslabor
- mit der längerfristigen Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials
- mit der Verwendung des Untersuchungsmaterials für wissenschaftliche Zwecke oder als laborinterne Kontrolle (anonymisiert)
- mit der Weiterleitung zur Abrechnungszwecken erforderlicher Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle*
- mit der Weiterleitung der Befunde an meinen Arzt *

* Meine Untersuchungsergebnisse und Daten unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wünsche/ Wir wünschen die

- Mitteilung eindeutig pathogener Befunde zur Fragestellung (Klasse 4 und 5)
- Mitteilung auch von unklassifizierten Varianten (UV Klasse 3), deren Bedeutung derzeit noch nicht sicher geklärt ist
- Analyse/ Mitteilung von Zusatzbefunden, die für meine Vorsorge und Behandlung wichtig wären, sich aber nicht aus der direkten Fragestellung ergeben
- Verwendung meiner/ unserer Befunde für die Beratung/ Diagnostik meiner Angehörigen

Private Krankenversicherung

- Ich habe einen Kostenvoranschlag zur Genehmigung durch meine Private Krankenversicherung/ Beihilfe bekommen. Die Analyse wird erst nach Eingang einer Kostenübernahme gestartet.
- Ich übernehme/ Wir übernehmen die Kosten auf Basis des vorliegenden Kostenvoranschlags.

Ich habe/ Wir haben eine Genetische Beratung wahrgenommen/ möchte/n eine Genetische Beratung wahrnehmen als Information zu Umfang, Grenzen und möglichen Ergebnissen der geplanten Diagnostik.

Ich gebe/ Wir geben hiermit mein/unser Einverständnis zur Durchführung der Exom-Analyse. Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Mein/ Unser Recht auf Nichtwissen ist mir/uns bekannt.

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift Patient/in
Erziehungsberechtigte/r

.....
Unterschrift Arzt

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift Kindsmutter

.....
Unterschrift Kindsvater