

Patientendaten ► **Versichertenkarte**

Untersuchungsauftrag

Einsender

☐ Klinik / Station _____ ☐ Ambulanz ☐ Arzt
 Adresse / Stempel Tel.: _____
 Fax: _____

- ☐ Die Einverständniserklärung des Patienten für die Durchführung der Analyse gemäß GenDG liegt mir vor.
☐ Einverständniserklärung des Patienten für die Durchführung der Analyse anbei. ¹ siehe Rückseite

Unterschrift der gemäß GenDG verantwortl. ärztlichen Person _____

Abrechnung

- ☐ **Kassenpatient/in** (bitte Überweisungsschein Muster 10 beilegen)
Sämtliche humangenetische Leistungen berühren nicht das Laborbudget!
☐ **Privat, ambulant** (Rechnung an Patient nach GOÄ) ² siehe Rückseite
☐ **Privat, stationär**
☐ **Rechnung an Einsender / Klinik** (Adresse siehe Einsenderfeld)

Untersuchungsmaterial

- ☐ EDTA-Blut 5ml (E) ☐ DNA aus: _____
☐ Na-Heparin-Blut 5ml (H) ☐ Abortgewebe (A)
☐ Fruchtwasser 15ml (FW)* ☐ Wangenabstrich (WA)
☐ klar ☐ blutig ☐ xanthochrom ☐ Sonstiges: _____
☐ Chorionzotten 25mg (C)* _____
 Entnahme: Datum _____ Uhrzeit _____

* Bei **pränataler molekulargenetischer Diagnostik** bitte mehr Material gewinnen und zusätzlich EDTA-Blut der Mutter einsenden!

WICHTIG: Für die Durchführung der Analyse muss die Einverständniserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz vorliegen!

Angeforderte Analysen / Gene / Gen-Panel-Analysen (ggf. Panel-ID-Nummern) ⁴ siehe Rückseite

Indikation (klinische Angaben) ³ siehe Rückseite _____

Angaben zum Patienten

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ unbekannt (z.B. Fetus)
 Analyseart: ☐ diagnostisch (Patient ist betroffen) ☐ prädiktiv ☐ Überträgerabklärung ☐ pränatal
 Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt? ☐ nein ☐ ja (Ergebnisse/Befunde bitte angeben) _____

Angaben zur Familienanamnese

Gibt es (weitere) betroffene Familienmitglieder? ☐ nein ☐ ja _____
 Wurden in der Familie genetische Untersuchungen durchgeführt? ☐ nein ☐ ja (Ergebnisse/Befunde bitte angeben) _____

Probeneingang (nur von ZHMA auszufüllen)

Material _____ Weg _____ Menge _____ Datum _____ Uhrzeit _____

Sendeadresse für Material (ungekühlt, kein Eilversand)

SYNLAB Medizinisches Versorgungszentrum
Humangenetik Mannheim GmbH

Harrlachweg 1
D-68163 Mannheim

Tel +49 621 42286-0
Fax +49 621 42286-88

E-Mail info@zhma.de
Web www.zhma.de

Ein Gesamtverzeichnis unserer Leistungen und den aktuellen Akkreditierungsstatus finden Sie im Internet unter www.zhma.de

Patientendaten ► **Versichertenkarte**

1 Einverständniserklärung

Das Einverständnis des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters ist gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung

Ich erkläre mich einverstanden mit

der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit diese ggf. mir und meiner Familie auch in Zukunft zur Verfügung stehen. ☐ ja ☐ nein

der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse. ☐ ja ☐ nein

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Bedarf an ein Kooperationslabor. ☐ ja ☐ nein

der Mitteilung von Zufallsbefunden, die sich bei der Durchführung von Übersichtsmethoden (Suchtests) ergeben können und nicht im Zusammenhang mit der eigentlichen Fragestellung stehen. ☐ ja ☐ nein

der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu Zwecken der Qualitätssicherung und zu wissenschaftlichen Zwecken. ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift des **Patienten** bzw. des gesetzlichen Vertreters

Sofern die ja/nein Auswahl nicht beantwortet (angekreuzt) wird, werden die gesetzl. Vorgaben gemäß GenDG angenommen.

2 Erklärung zur Abrechnung von privatärztlichen Leistungen

Privat Versicherte (GOÄ Kapitel M und N)

Bei privaten Untersuchungsaufträgen mit einer Rechnungssumme, die höher als 1.000,- Euro ist, empfehlen wir zuvor die Einholung einer Kostenübernahmeerklärung der privaten Krankenversicherung, um Verzögerungen bei Rückerstattung des ärztlichen Honorars zu vermeiden. Beträgt die Rechnungssumme für die Untersuchung mehr als 1.000,- Euro, wird deshalb unter Nennung von Diagnose/Indikation ein Kostenvoranschlag verschickt. Der Kostenvoranschlag soll verschickt werden an: ☐ Patient ☐ Einsender

Als Privatpatient/in werde ich die Honorarforderung nach gültiger GOÄ erstatten.

Ort, Datum

Unterschrift des **Patienten** bzw. des gesetzlichen Vertreters

3 Auftragshinweise Molekulargenetik

Die **Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik der KBV** regelt die **Anforderungen an die Indikationsstellung für molekulargenetische Untersuchungen**, die im Kapitel 11.4.2 und 11.4.3 des EBM aufgeführt sind. Bestimmte Untersuchungen dürfen erst durchgeführt werden, wenn die erforderlichen Kriterien an die Indikationsstellung erfüllt sind. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.zhma.de/einsenderinformationen.

4 Gen-Panel-Analysen

Das aktuelle Leistungsverzeichnis der Gen-Panel-Analysen und die aktuellen Panel-ID-Nummern finden Sie unter www.zhma.de/genetische-diagnostik. Aktuelle Informationen zur Anforderung und Abrechnung von NGS-Leistungen finden Sie unter www.zhma.de/einsenderinformationen.

Sendeadresse für Material (ungekühlt, kein Eilversand)

**SYNLAB Medizinisches Versorgungszentrum
Humangenetik Mannheim GmbH**

Harrlachweg 1
D-68163 Mannheim

Tel. +49 621 42286-0
Fax +49 621 42286-88

E-Mail info@zhma.de
Web www.zhma.de