



Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht _____

SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____

SSW _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift (überw. Arzt)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen

Muster 10 (4.2024)

MVZ diagnosticum Frankfurt
Zentrum für Humangenetik
 Prof. Dr. med. D. Steinberger
 Fachärztin für Humangenetik
 Altenhöferallee 3
 60438 Frankfurt am Main

☎ 069-5308437-0



diagnosticum
 Zentrum für Humangenetik

Information und Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik gemäß GenDG

Hiermit beauftrage ich das MVZ diagnosticum Frankfurt, Zentrum für Humangenetik, die auf diesem Formular gekennzeichneten Untersuchungen aus meinem Probenmaterial durchzuführen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Folgendes:

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

Zweck dieser DNA-Analyse ist die Suche nach Veränderungen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen und/oder genetischen Dispositionen stehen.

Mit dem Ergebnis einer solchen Untersuchung kann:

- festgestellt werden, ob eine oder keine bestimmte genetische Disposition bei mir vorliegt oder ob ein Risiko für die Entwicklung einer genetischen Erkrankung besteht.
- ausgesagt werden, ob andere Familienmitglieder Träger der genetischen Disposition sind oder ein Risiko für die Entwicklung dieser Erkrankung haben.
- in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer Diagnose oder einer genetischen Disposition gegeben werden.

Die Ergebnisse von bestimmten genetischen Untersuchungen können auf einen Vaterschaftsausschluss oder auf andere bisher unbekannte Familienbeziehungen hinweisen



 Name/Vorname: beratender Arzt (Druckschrift) Unterschrift

 Datum

Alle Untersuchungsergebnisse werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Es ist allein meine Entscheidung, andere Familienmitglieder über genetische Risiken zu informieren.

In Ausnahmefällen wird die Untersuchung in Kooperation mit einem externen Labor durchgeführt.

Über die Möglichkeit einer genetischen Beratung bin ich aufgeklärt worden oder eine solche hat bereits stattgefunden oder ich bin nicht daran interessiert. Ich hatte vor Erteilung meiner Einwilligung ausreichend Bedenkzeit.

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Folgenden Punkten stimme ich zu (nicht Zutreffendes bitte streichen):

Die Untersuchungsergebnisse dürfen länger als die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt werden (z.B. für Familienuntersuchungen).

Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat.

Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke.

Das American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) empfiehlt, zusätzlich zur Beantwortung der Fragestellung bei Anforderung einer genetischen Diagnostik, auch Befunde für eine Auswahl bestimmter Gene zu übermitteln. Es handelt sich hierbei um Veränderung von Genen, bei deren Kenntnis damit verbundene Erkrankungen besser und früher behandelt werden können. Hierdurch ergibt sich ein besonderer Nutzen für die untersuchte Person.

Ich möchte über solche Zusatzbefunde informiert werden.

Meine Untersuchungsergebnisse werden an die im Auftrag angegebenen Ärzte übermittelt



 Unterschrift Name/Vorname: Patient/ gestzL.Vertreter/ Erziehungsberechtigter

Kostenübernahmeerklärung für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (PKV)/Selbstzahler

Als Selbstzahler/ Mitglied einer privaten Krankenversicherung (PKV) beauftrage ich oben genannte ärztliche Leistungen.

PKV-Versicherte: Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen.

Für die Rechnung bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig. Ich bin damit einverstanden, dass eine Abrechnung nach Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) erfolgt.



 Datum Name/Vorname: Patient/ gestzL.Vertreter/ Erziehungsberechtigter

 Unterschrift



Genetische Diagnostik

Erkrankungen des Glukose-Metabolismus

Allgemeine Angaben

Probenmaterial

- EDTA-Blut
- Heparin-Blut
- DNA

Geschlecht des Probanden/ Patienten

- weiblich
- männlich
- divers

Kostenträger

- gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- privat (PKV)/ Selbstzahler, Kostenübernahmeerklärung erforderlich
- stationär, Rechnung an Einsender

Diagnostik

Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY)

- MODY-Panel: Analyse der Gene
ABCC8 APPL1 BLK CEL GCK HNF1A HNF1B HNF4A
INS KCNJ11 KLF11 NEUROD1 PAX4 PDX1

Hyperinsulinismus, kongenital

- KHI-Panel: Analyse der Gene
ABCC8 GCK HADH HNF4A INSR KCNJ11 UCP2

- West-/ Nordeuropa
- Südeuropa
- Zentral-/ Osteuropa
- Afrika
- Lateinamerika/ Karibik
- Asien
- Naher Osten/ Mittlerer Osten
- wenn möglich, genauere Beschreibung

Mitochondrialer Diabetes mellitus

- A3423G Mutation

Re-Evaluation

- Re-Evaluation bereits vorhandener Genotypisierungsdaten und/ oder Befunde

Klinische Daten und Befunde

Für möglichst umfassende Interpretation und Bewertung des Genotyps bitten wir um Angaben zum Phänotyp:

- Proband /in von DM betroffen: ja nein
- HbA1c > 5,5 aber < 8,0 ja nein
- Glukose-Anstieg im OGT > 5,0 mmol/l ja nein
- urogenitale Fehlbildungen ja nein
- bestehende Insulintherapie ja nein
- C-Peptid nachweisbar ja nein

Erkrankungsalter: _____

weitere Symptome: _____

Familienangehörige an DM erkrankt: ja nein

wenn ja, welche/r ist/sind betroffen: _____

wenn ja, wurden andere Familienmitglieder molekulargenetisch untersucht? ja nein

Vorbefunde vorhanden: ja nein
(wenn möglich, Befunde beilegen)

Ergebnis Vorbefunde (falls Befunde nicht beizufügen sind) _____

Indikatoren für molekulargenetische Diagnostik

Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) ICD-10: E11.9

- keine für T1DM-spezifische Autoimmun-Antikörper nachweisbar
- keine Assoziation zu HLA-DR3 / DR4
- keine Ketoazidose bei Nichtbehandlung
- C-Peptid nachweisbar
- längere Intervalle ohne Insulinbedarf
- Erstauftreten in früher Jugend oder jungem Erwachsenenalter (< 25 Jahre)

- meist keine Adipositas
- milde Hyperglykämie
- Erstauftreten während Schwangerschaft (Gestationsdiabetes mellitus, GDM)
- keine Insulinresistenz, sondern Insulinsegregationsproblem
- autosomal-dominante Vererbung

Hyperinsulinismus, kongenital ICD-10: E16.1

- Glukosebedarf > 8-10 mg/kg/min
- Glukagontest (100 µg/kg s.c. oder i.m., max. 1 mg), führt zu Blutzuckeranstieg > 30% des Ausgangswertes in 10-30 min.
- Insulin > 3 mU/l während Hypoglykämie mit Blutzuckerspiegel < 35 mg/dl (2,0 mmol/l)
- Ammoniak erhöht

Mitochondrialer Diabetes mellitus ICD-10: E13.8

- Hyperglykämie
- neurologische Manifestationen: z.B. Gehörverlust, Sehstörungen, Myopathien
- maternale Vererbung

Allgemeine und präanalytische Hinweise

Die genetische Diagnostik belastet nicht das Laborbudget des überweisenden Arztes. Siehe auch:

https://genetik.diagnosticum.eu/images/downloads/INFOS/2016_10_26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf

Das Bild zeigt einen Anforderungsschein für Labordiagnostik. Ein grüner Pfeil weist auf das Feld 'ICD10: [Code bitte angeben]' hin, beschriftet mit 'ICD10 Nummer / Diagnose Verdachtsdiagnose'. Ein weiterer grüner Pfeil weist auf das Feld 'Auftrag: Molekulargenetische Untersuchung, s. Anforderungsschein' hin, beschriftet mit 'Auftrag'. Ein dritter grüner Pfeil weist auf den Bereich des Vertragsarztstempels und der Unterschrift hin, beschriftet mit 'Vertragsarztstempel und Unterschrift'. Ein großer, diagonaler Wasserzeichen-Text 'Muster' ist über das Formular gelegt.

Probenmaterial

EDTA-Blut
(Molekulargenetik)

Menge / Lagerung

3 ml / Raumtemperatur

Analysedauer

in Abhängigkeit des Analyseumfangs

2- 8 Wochen

Probenversand: normaler Postweg

Versandmaterial erhalten Sie

unter der Telefonnummer 069 - 530 84 370
oder unter der info@genetik.diagnosticum.eu