



# 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 unbekanntes 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 Reproduktionsmedizin

## Allgemeine Angaben

### Probenmaterial

- EDTA-Blut
- Heparin-Blut
- DNA

### Probenanzahl

  

### Tag der Probenentnahme:

      

### Geschlecht des Probanden/ Patienten

- weiblich
- männlich

### Kostenträger

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

### Klin. Angaben/ Symptome

- habituelle Aborte
- Sterilität/ unerfüllter Kinderwunsch
- reproduktionsmedizinische Maßnahmen geplant

## Basisdiagnostik

### weibliche Infertilität/Neigung zu habituellen Aborten

- Chromosomenanalyse
- Thrombophilie-Disposition

### männliche Infertilität/Auffälligkeiten des Spermioграмms

- Chromosomenanalyse **Heparin-Blut**

## Weitere molekulargenetische Diagnostik

**EDTA-Blut**

### Carrier-Screening

#### Carrier-Screening, essential

- Indikation:
- In-/Subfertilität
  - geplante reproduktionsmedizinische Maßnahmen
  - Eigen-/Familienanamnese hinweisend für erbl. Erkrankung

#### Carrier-Screening, duo-match

- Indikation:
- Verwandtenehe
  - Nachkommen kulturell/geografisch umschriebener Population
  - Eigen-/ Familienanamnese hinweisend für erbl. Erkrankung
  - Wunsch nach max. möglichem Untersuchungsumfang

#### Carrier-Screening, essential

- Indikation:
- In-/Subfertilität
  - geplante reproduktionsmedizinische Maßnahmen
  - Eigen-/Familienanamnese hinweisend für erbl. Erkrankung

#### Carrier-Screening, Duo

- Indikation:
- Verwandtenehe
  - Nachkommen kulturell/geografisch umschriebener Population
  - Eigen-/ Familienanamnese hinweisend für erbl. Erkrankung
  - Wunsch nach max. möglichem Untersuchungsumfang

## Diagnostik bei weiteren Symptomen

#### Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POF)

- Indikation:
- Amenorrhoe vor 40. Lebensjahr
  - LH/FSH erhöht
  - Östrogen erniedrigt
  - AMH erniedrigt

#### late-onset Adrenogenitales Syndrom

- Indikation:
- Oligomenorrhoe/ Zyklusstörung
  - Hirsutismus

#### Hypogonadotroper Hypogonadismus

- Indikation:
- sekundäre Amenorrhoe
  - Verlust Sekundärbehaarung
  - Osteoporose
  - Anosmie
  - LH/FSH erniedrigt
  - Östrogen erniedrigt

#### Gonadendysgenese

- Indikation:
- primäre/ sekundäre Amenorrhoe
  - fehlende oder vermindert ausgeprägte sekundäre Geschlechtsmerkmale

#### Störung der Spermatogenese

- Indikation:
- Asthenospermie
  - Azoospermie
  - Oligozoospermie (OAT I: <20 Mio. Spermien/ml, OAT II: <10 Mio. Spermien/ml, OAT III: <5 Mio. Spermien/ml)

#### Obstruktive Azoospermie

#### Hypergonadotroper Hypogonadismus

- Indikation:
- auffälliges Spermioграмm
  - LH/FSH erhöht
  - Testosteron erniedrigt

#### Hypogonadotroper Hypogonadismus

- Indikation:
- Azoospermie
  - Verlust der Sekundärbehaarung
  - Osteoporose
  - Anosmie
  - LH/FSH erniedrigt
  - Atrophie der Hoden

#### Gonadendysgenese

- Indikation:
- fehlende oder vermindert ausgeprägte sekundäre Geschlechtsmerkmale

## 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](https://genetik.diagnosticum.eu/images/downloads/INFOS/2016_10_26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf)

Muster-Anforderungsschein für Labordiagnostik. Der Schein enthält Felder für Patientendaten, ICD10-Nummer, Diagnose, Auftrag (Molekulargenetische Untersuchung, s. Anforderungsschein) und einen Platz für den Vertragsarztstempel und die Unterschrift.

ICD10 Nummer/Diagnose / Verdachtsdiagnose

Auftrag

Vertragsarztstempel und Unterschrift

### Probenmaterial

**EDTA-Blut**  
(Molekulargenetik)

Menge / Lagerung

3 ml/ Raumtemperatur

**Heparin-Blut**  
(Zytogenetik)

3 ml/ Raumtemperatur

### Analysedauer

in Abhängigkeit des Analyseumfangs

2- 12 Wochen

**Probenversand: normaler Postweg (Mo - Sa)**

**Versandmaterial erhalten Sie unter der Telefonnummer 069 - 530 84 370 oder unter der [info@genetik.diagnosticum.eu](mailto:info@genetik.diagnosticum.eu)**