

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
<input type="checkbox"/> Befund eilt, Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____		

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Knappschafts-kennziffer	Quartal
_____	_____
<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion	Geschlecht

<input type="checkbox"/> SER	eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
<input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	

Abnahmedatum	Abnahmezeit
_____	_____
	SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarzstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülereinfällen

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.

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.

Datum

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).

Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu.

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.

Falls ich wünsche, dass Ergebnisse meiner genetischen Untersuchung in meine elektronische Patientenakte (ePA) eingestellt werden, kann ich meine Zustimmung hierfür schriftlich oder mündlich anzeigen.

- die Einwilligung gilt bis auf Widerruf für alle Dokumente, die Ergebnisse der genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten
- ich kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen. Im Falle eines Widerrufs stellt die Arztpraxis künftig keine Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) enthalten, in die ePA ein.



Name/Vorname: beratender Arzt (Druckschrift)

Unterschrift



Name/Vorname: Patient/ gestzL.Vertreter/ Erziehungsberechtigter

Unterschrift

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

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 Spermogramms

- ☐ 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 Spermogramm
 - ☐ 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

Das Formular enthält folgende Felder:

- Patientendaten:** Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht, Mütterlicherseits, Väterlicherseits.
- Überweisungsschein:** Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung.
- Auftraggeber:** Name, Adresse, Telefon, Fax.
- Auftrag:** Molekulargenetische Untersuchung, s. Anforderungsschein.
- ICD10 Nummer/Diagnose / Verdachtsdiagnose:** XY... ICD10: (Code bitte angeben).
- Vertragsarztstempel und Unterschrift:** Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes.

Probenmaterial

EDTA-Blut
(Molekulargenetik)

Heparin-Blut
(Zytogenetik)

Menge / Lagerung

3 ml/ Raumtemperatur

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