



Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

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

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängerregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

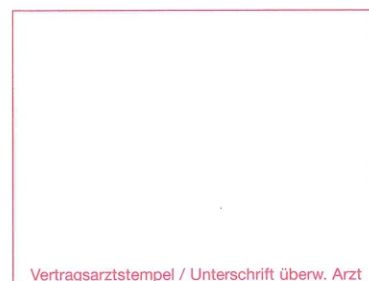
Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (10.2020)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Kostenträger:

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

diagnosticum Zentrum für Humangenetik
 Prof. Dr. med. D. Steinberger
 Fachärztin für Humangenetik
 Altenhöferallee 3
 60438 Frankfurt am Main
 ☎ 069-5308437-0

Diagnosticum

- Labormedizin
- Mikrobiologie
- Pathologie
- Humangenetik

Information und Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik gemäß GenDG

Hiermit beauftrage ich Diagnosticum 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.

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.

Folgende Punkte 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

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (PKV)/Selbstzahler

Für Sie wird ein Kostenvoranschlag erstellt, der zur Einholung einer Zusage der Kostenerstattung an die private Versicherung weitergeleitet werden kann. Für PKV-Patienten angeforderte Analysen werden erst nach Eingang einer Kostenübernahmeerklärung prozessiert.

- Ich möchte, dass die angeforderte/n Analyse(n) sofort prozessiert wird/ werden und nicht auf die Kostenübernahmeerklärung meiner PKV gewartet wird. Sollte die PKV die Kosten nicht oder nur teilweise übernehmen, werde ich die Kosten selbst tragen.

Sie enthalten einen Kostenvoranschlag. Die angeforderte Analyse beginnt, sobald die Kosten beglichen sind. Ich bin damit einverstanden, dass eine Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) erfolgt.



Unterschrift

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



COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS

Genetische Diagnostik

Monogen erbliche Formen von Diabetes mellitus/Erkrankungen des Glukose-Metabolismus

Probenmaterial
 EDTA-Blut
 DNA

Probengefäße (Anzahl)

Befund:
 eilige Befundübermittlung per Fax
 Duplikatsbefund an:

Gewünschte Untersuchung

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

Mitochondrialer Diabetes mellitus
 A3423G Mutation

West- / Nordeuropa
 Südeuropa
 Zentral- / Osteuropa
 Afrika
 Lateinamerika / Karibik

Asien
 Naher Osten / Mittlerer Osten
 wenn möglich, genauere Beschreibung

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
 - Erstaufreten in früher Jugend oder jungem Erwachsenenalter (< 25 Jahre)
 - meist keine Adipositas
 - milde Hyperglykämie
 - Erstaufreten 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. Hörverlust, Sehstörungen, Myopathien
 - maternale Vererbung

Allgemeine und präanalytische Hinweise

Die genetische Diagnostik belastet **nicht** das Laborbudget des überweisenden Arztes. Siehe auch:
https://www.kbv.de/media/sp/2016-10-26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf



ICD10 Nummer / Diagnose / Verdachtsdiagnose

Auftrag

Vertragsarztstempel und Unterschrift

Probenmaterial	Menge / Lagerung
EDTA-Blut (Molekulargenetik)	3 ml/ Raumtemperatur
Analysedauer in Abhängigkeit des Analyseumfangs	2- 8 Wochen
Probenversand: normaler Postweg (Mo -Sa)	
Versandmaterial erhalten Sie von Diagnosticum Zentrum für Humangenetik unter der Telefonnummer 069 - 530 84 37-0.	