



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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____ SSW _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

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

☎ 069 - 530 84 370



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.

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

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.

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.

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.

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.

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

Ich möchte über solche Zusatzbefunde informiert werden. Meine Untersuchungsergebnisse werden an die im Auftrag angegebenen Ärzte übermittelt

Name /Vorname: beratender Arzt (Druckschrift) Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____ Name/Vorname:Patient/ gestzl.Vertreter/ Erziehungsberechtigter _____

Kostenübernahmeerklärung für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (PKV)/Selbstzahler

Für PKV-Patienten:

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.

Für Selbstzahler:

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.

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.

Unterschrift _____

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



Genetische Diagnostik Wachstumsstörungen

Allgemeine Angaben

Probenmaterial

- EDTA-Blut
 Heparin-Blut
 DNA

Probenanzahl

Geschlecht des Probanden/ Patienten

- weiblich
 männlich

Kostenträger

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

Klinische Daten und Befunde

Proband/in ist betroffen: ja nein

Körpergröße in cm: _____

Körpergröße in Perzentilen: _____

mentale Retardierung ja nein

Body-Mass-Index (> 50. Perzentile) ja nein

kurzer Unterarm ja nein

Cubitus valgus ja nein

Familienangehörige erkrankt: ja nein

Weitere klin. Angaben/ Symptome

Wenn möglich, Arztbriefe/ Befunde beifügen

Zytogenetik (Heparin-Blutprobe)

- Chromosomenanalyse

Molekulare Genetik (EDTA-Blutprobe)

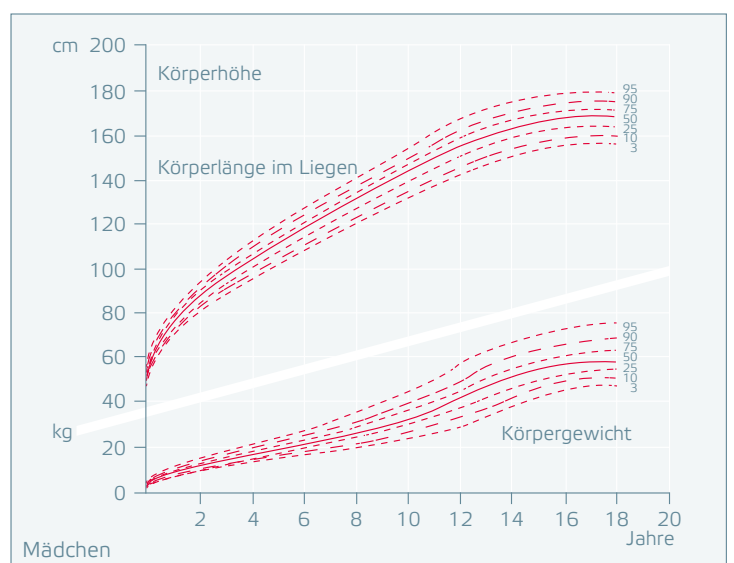
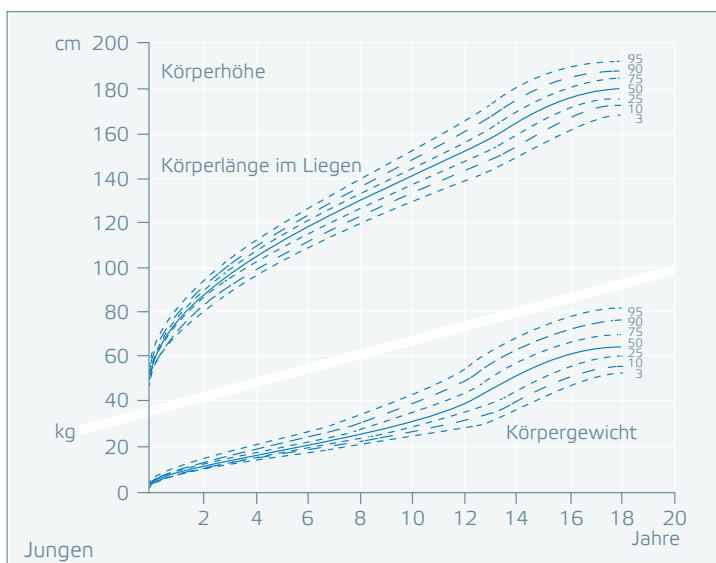
Auf Basis einer Komplettssequenzierung nahezu aller codierender Gene (Whole Exome Sequencing, WES) erfolgt für die aktuelle Fragestellung die bioinformatische Auswertung und medizinisch-klinische Interpretation von entsprechenden Genen/ Gruppen von Genen ("Gen-Panels").

WES-Analyse

zur Klärung d. Fragestellung: Kleinwuchs-Panel (inkl. SHOX)

- Großwuchs-Panel

Perzentilen



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

Probenmaterial:

EDTA-Blut/ Heparin-Blut: 3-5 ml / Raumtemperatur (RT)
DNA: 5-20 µg / RT

Probenversand: normaler Postweg

Analysedauer: 3-12 Wochen in Abhängigkeit d. Analyseumfangs

Versandmaterial anzufordern unter Telefonnummer 069 - 530 84 370