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

Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

10

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

Auftragsnummer des Labors
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß
☐ § 116b SGB V

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

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum | Abnahmezeit

SSW

☐ **Befund eilt,** Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____

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
Zentrum für Humangenetik

Information und Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik gemäß GenDG

Hiermit beauftrage ich das 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

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.

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

Name /Vorname: beratender Arzt (Druckschrift) | Unterschrift

Datum | Name /Vorname: Patient / gesetzl. 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

CAP ACCREDITED
COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS

© diagnosticum Zentrum für Humangenetik AFF_22_1

Genetische Diagnostik

Erblicher Brust- und Eierstockkrebs (HBOC)

Probenmaterial: ⬭ EDTA-Blut ⬭ DNA

Probenanzahl ⎡ ⎤

Geschlecht des Probanden/ Patienten
⬭ weiblich
⬭ männlich

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

Klin. Fragestellung/ Symptome

Untersuchung

⬭ **HBOC-Panel (Hereditary Breast and/or Ovarial Cancer)**
Analyse der nach aktuellem Kentnissstand klinisch relevanten Core-Gene:
ATM BRCA1 BRCA2 BRIP1 CDH1 CHEK2 EPCAM MLH1 MSH2 MSH6 NBN PALB2 PMS2 PTEN RAD51C RAD51D STK11 TP53

Indikationskriterien für gesetzlich Versicherte, bitte angeben: Aus gleicher Linie einer Familie erkrankt sind, **mindestens...**

⬭ drei Frauen mit Brustkrebs unabhängig vom Alter
⬭ zwei Frauen mit Brustkrebs, davon eine jünger als 51 Jahre
⬭ eine Frau mit beidseitigem Brustkrebs, jünger als 51 Jahre
⬭ eine Frau mit triple-negativem Brustkrebs, jünger als 51 Jahre
⬭ eine Frau mit Brustkrebs, jünger als 36 Jahre
⬭ eine Frau mit Brustkrebs und eine Frau mit Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter
⬭ eine Frau mit Brust- und Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter
⬭ zwei Frauen mit Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter
⬭ eine Frau mit Eierstockkrebs, jünger als 81 Jahre
⬭ ein Mann mit Brustkrebs und eine Frau mit Brust- oder Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter

⬭ **Panel zur Indikationsstellung gezielter Therapie mit PARP-Inhibitoren:** Analyse der Gene BRCA1 und BRCA2
- bei Mammakarzinom (lokal fortgeschritten oder metastasierend)
- bei Ovarialkarzinom (platin-sensitiv, fortgeschritten oder rezidivierend oder progressiv highgrade epithelial)
- bei Eileiterkarzinom
- bei primärem Peritonealkarzinom

⬭ **Tumordispositions-Panel:** Analyse von >130 mit Tumordisp. assoziierten Genen

⬭ gezielter Nachweis/Ausschluss **Einzelmutation** bei familiär bekannter Variante, bitte angeben: _____

Genetische Varianten mit Bedeutung für Medikamentenwirkung (pharmakogenetische Analysen)

⬭ **PGS.pharma 2.0** (292,30 €)
Gezielte Informationen für Verstoffwechslung, Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten und Empfehlungen zur klinischen Nutzung mit mobiler App/ Web-App

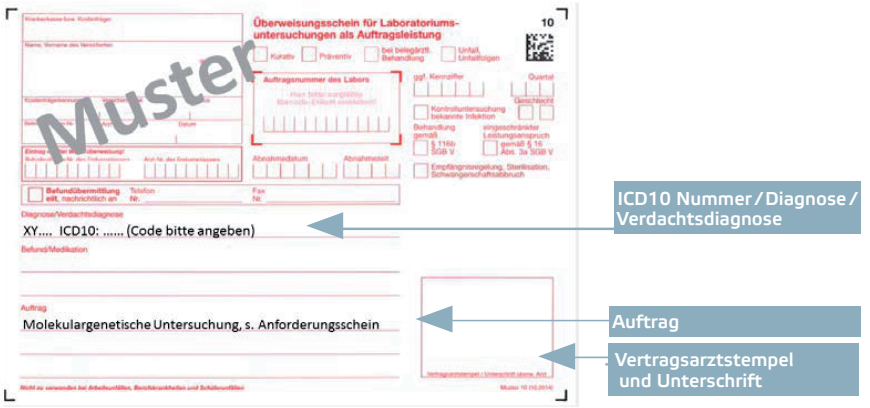
Portal-Zugang auf my.pgsbox.de und pharmasensor.net zu analysebezogenen Informationen (nur bei persönlicher Aktivierung des Zugangs).

Kostenübernahmeerklärung für pharmakogenetische Diagnostik
Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung und beauftrage ärztliche Leistungen. Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, die Kosten dieser Leistungen zu übernehmen. Ich werde die Kosten selbst tragen und bin damit einverstanden, dass die Abrechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) erfolgt.

⊗ _____
Datum Unterschrift

Allgemeine und präanalytische Hinweise

Genetische Untersuchungen belasten nicht das Laborbudget.
https://www.kbv.de/media/sp/2016-10-26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf



Probenmaterial
EDTA-Blut: 3 ml/ Raumtemperatur

Analysedauer
abhängig vom Analyseumfang 2 - 8 Wochen

Probenversand:
normaler Postweg Mo.- Sa.

Versandmaterial erhalten Sie
unter der Telefonnummer 069 - 530 84 37-0
oder unter der info@genetik.diagnosticum.eu