Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein für Laboratoriums- 1 untersuchungen als Auftragsleistung
Name, Vorname des Versicherten geb. am	Kurativ Präventiv bei belegärztl. Unfall, Behandlung Unfallfolgen  Knappschafts- kennziffer Quart
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.  Diagnose/Verdachtsdiagnose  Befund/Medikation	Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!  Kontrolluntersuchung bekannte Infektion  Behandlung eingeschränkter gemäß Leistungsanspruc  § 116b gemäß § 16  SGB V Abs. 3a SGB  Empfängnisregelung, Sterilisatior Schwangerschaftsabbruch
Auftrag	
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen  Diagnosticum Zentrum für Humangenetik Prof. Dr. med. D. Steinberger Fachärztin für Humangenetik Altenhöferallee 3 60438 Frankfurt am Main	
Information und Einwilligungserklärung zur genetische	en Diagnostik gemäß GenDG
Hiermit beauftrage ich das Diagnosticum Zentrum für Humangenetik, die diesem Formular gekennzeichneten Untersuchungen aus meinem Prober durchzuführen.	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich Folgendes: Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweit 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 s	Erteilung meiner Einwilligung ausreichend Bedenkzeit. Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen. stehen.
Mit dem Ergebnis einer solchen Untersuchung kann:  • festgestellt werden, ob eine oder keine bestimmte genetische Dispo mir vorliegt oder ob ein Risiko für die Entwicklung einer genetischen besteht.	
<ul> <li>ausgesagt werden, ob andere Familienmitglieder Träger der genetisc Disposition sind oder ein Risiko für die Entwicklung dieser Erkrankung in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer Diagno einer genetischen Disposition gegeben werden.</li> </ul>	ng haben. wissenschaftliche Zwecke.  Das American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) empfiehlt, zusätzlich zur Beantwortung der Fragestellung bei Anforderung einer genetischen Diagnostik,
Die Ergebnisse von bestimmten genetischen Untersuchungen können au Vaterschaftsausschluss oder auf andere bisher unbekannte Familienbezie hinweisen	
Name / Vorname: beratender Arzt (Druckschrift)  Unterschrift	(X)
Datum	Unterschrift Name/Vorname:Patient/ gestzl.Vertreter/ Erziehungsberechtigter
Kostenübernahmeerklärung für Mitglieder einer private	
Als Selbstzahler/ Mitglied einer privaten Krankenversicherung (PKV) beau PKV-Versicherte: Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung nicht Für die Rechnung bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig.	uftrage ich oben genannte ärztliche Leistungen. verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen.
Ich bin damit einverstanden, dass eine Abrechnung nach Gebührenordnur	ng tur Arzte (GO A) errolgt

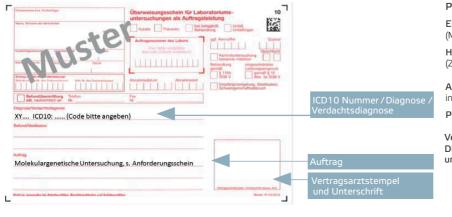
Datum





## Genetische Diagnostik Reproduktionsmedizin

## Allgemeine Angaben Probenanzahl Probenmaterial Geschlecht des Probanden/Patienten Kostenträger gesetzliche Krankenversicherung (GKV) EDTA-Blut weiblich privat (PKV)/ Selbstzahler, Henarin-Blut männlich Tag der Probenentnahme: Kostenübernahmeerklärung erforderlich DNA stationär, Rechnung an Einsender Klin. Angaben/ Symptome habituelle Aborte Sterilität/ unerfüllter Kinderwunsch reproduktionsmedizinische Maßnahmen geplant **Basisdiagnostik** weibliche Infertilität/Neigung zu habituellen Aborten männliche Infertilität/Auffälligkeiten des Spermiogramms Chromosomenanalyse Heparin-Blut Chromosomenanalyse Heparin-Blut Thrombophilie-Disposition EDTA-Blut Weitere molekulargenetische Diagnostik EDTA-Blut Carrier-Screening Carrier-Screening, essential Carrier-Screening, essential Indikation: In-/Subfertilität Indikation: In-/Subfertilität applante reproduktionsmedizinische Maßnahmen geplante reproduktionsmedizinische Maßnahmen Eigen-/Familienanamnese hinweisend für erbl Eigen-/Familienanamnese hinweisend für erbl. Erkrankung mit Anlageträgerschaft <1:100 Erkrankung mit Anlageträgerschaft <1:100 Carrier-Screening, expanded Carrier-Screening, expanded Verwandtenehe Indikation: Indikation: Verwandtenehe Nachkommen kulturell/geografisch umschriebener Population Nachkommen kulturell/geografisch umschriebener Population Eigen-/ Familienanamnese hinweisend für erbl. Eigen-/ Familienanamnese hinweisend für erbl. Erkrankung mit Anlageträgerschaft <1:500 Erkrankung mit Anlageträgerschaft <1:500 Carrier-Screening, Duo Carrier-Screening, Duo Indikation: Verwandtenehe Indikation: Verwandtenehe Nachkommen kulturell/geografisch umschriebener Population Eigen-/ Familienanamnese hinweisend für erbl. Nachkommen kulturell/geografisch umschriebener Population Eigen-/ Familienanamnese hinweisend für erbl. Erkrankung mit Anlageträgerschaft >1:500 Erkrankung mit Anlageträgerschaft >1:500 Wunsch nach max. möglichem Untersuchungsumfang Wunsch nach max. möglichem Untersuchungsumfang Diagnostik bei weiteren Symptomen Prämature Ovarialinsuffizienz (POF) Störung der Spermatogenese Amenorrhoe vor 40. Lebensjahr 0 I H/FSH erhöht Azoospermie Östrogen erniedrigt Oligozoospermie (OATI: <20 Mio. Spermien/ml, OATII: <10 Mio. Spermien/ml, OATIII: <5 Mio. Spermien/ml) AMH erniedrigt late-onset Adrenogenitales Syndrom Obstruktive Azoospermie Oligomenorrhoe/Zyklusstörung Indikation: Hirsutismus Hypogonadotroper Hypogonadismus Hypergonadotroper Hypogonadismus sekundäre Amenorrhoe Indikation: Indikation: auffälliges Spermiogramm Verlust Sekundärbehaarung LH/FSH erhöht Osteoporose Testosteron erniedrigt Anosmie LH/FSH erniedrigt Hypogonadotroper Hypogonadismus Östrogen erniedrigt Indikation: Azoospermie Verlust der Sekundärbehaarung Gonadendysgenesie Osteoporose primäre/ sekundäre Amenorrhoe Indikation: LH/FSH erniedrigt fehlende oder vermindert ausgeprägte sekundäre Geschlechtsmerkmale Atrophie der Hoden Gonadendysgenesie fehlende oder vermindert ausgeprägte Indikation: sekundäre Geschlechtsmerkmale Allgemeine und präanalytische Hinweise Die genetische Diagnostik belastet $\underline{\mathsf{nicht}}$ das Laborbudget des überweisenden Arztes. Siehe auch: https://www.kbv.de/media/sp/2016-10-26\_Praxisinformation\_Genetische\_Laboruntersuchungen\_Veranlasser.pdf Menge / Lagerung Probenmaterial EDTA-Blut 3 ml/ Raumtemperatur



(Molekulargenetik)

Heparin-Blut

(Zytogenetik)

Analysedauer in Abhängigkeit des Analyseumfangs

2- 12 Wochen

3ml/ Raumtemperatur

Probenversand: normaler Postweg (Mo - Sa)

Versandmaterial erhalten Sie von Diagnosticum Zentrum für Humangenetik unter der Telefonnummer 069 -5308437-0.