



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 Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ
 Präventiv
 bei belegärztl. Behandlung
 Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____
 Geschlecht _____
 Kontrolluntersuchung bekannte Infektion
 eingeschänkter Leistungsanspruch
 § 116b SGB V 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)

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, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

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 unbekanntes Familienbeziehungen hinweisen



Name/Vorname: beratender Arzt (Druckschrift) _____ Unterschrift _____

Datum



Unterschrift

Name/Vorname: Patient / gestztl. Vertreter / Erziehungsberechtigter

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 / gestztl. Vertreter / Erziehungsberechtigter _____

Unterschrift

Genetische Diagnostik Reproduktionsmedizin

Allgemeine Angaben

Probenmaterial

- EDTA-Blut
- Heparin-Blut
- DNA

Probenanzahl

Tag der Probenentnahme:

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 SpermioGRAMMS

- Chromosomenanalyse **Heparin-Blut**

Weitere molekulargenetische Diagnostik **EDTA-Blut**

Carrier-Screening

Carrier-Screening, essential

- Indikation:
- In-/Subfertilität
 - geplante reproduktionsmedizinische Maßnahmen
 - Eigen-/Familianamnese 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-/Familianamnese 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 (OATI: <20 Mio. Spermien/ml, OATII: <10 Mio. Spermien/ml, OATIII: <5 Mio. Spermien/ml)

Obstruktive Azoospermie

Hypergonadotroper Hypogonadismus

- Indikation:
- auffälliges SpermioGRAMM
 - 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://www.kbv.de/media/sp/2016-10-26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf

ICD10 Nummer / Diagnose / Verdachtsdiagnose

Auftrag

Vertragsarztstempel und Unterschrift

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 - 53084 37-0 oder unter der info@genetik.diagnosticum.eu