

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



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

Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____
 _____ Geschlecht _____

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____
 _____ SSW _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose _____

Befund/Medikation _____

Auftrag _____

Vertragsarzstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülereinfällen Muster 10 (4.2024)

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



Information und Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik gemäß GenDG

Hiermit beauftrage ich das MVZ diagnosticum Frankfurt, 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.

In Ausnahmefällen wird die Untersuchung in Kooperation mit einem externen Labor durchgeführt.

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).

Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu.

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.

Falls ich wünsche, dass Ergebnisse meiner genetischen Untersuchung in meine elektronische Patientenakte (ePA) eingestellt werden, kann ich meine Zustimmung hierfür schriftlich oder mündlich anzeigen.

- die Einwilligung gilt bis auf Widerruf für alle Dokumente, die Ergebnisse der genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten
- ich kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen. Im Falle eines Widerrufs stellt die Arztpraxis künftig keine Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) enthalten, in die ePA ein.

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





Probenmaterial

- EDTA-Blut
- Heparin-Blut
- DNA

Geschlecht des Probanden/ Patienten

- weiblich
- männlich
- divers

Kostenträger

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



Medizinische Fragestellung und klinische Angaben

MVZ diagnosticum Zentrum für Humangenetik untersucht alle bekannten Gene zu allen genetischen Fragestellungen. Sie beschreiben die klinische Situation, wir führen die hierzu relevante Analyse durch:

Diagnose/Verdachtsdiagnose _____

Symptome/Medikation _____

Anamnese/Familienanamnese _____

Proband/ Patient erkrankt **Familienangehörige erkrankt**
betroffen ist/ sind _____

Vorbefunde vorhanden **falls ja, bitte beifügen**

bei V.a. erblicher Brust-/ Eierstockkrebs: Indikationskriterien erfüllt
s.a. https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/_Leitlinien/kommission_mamma/2025/D_PDF/AGO_2025D_02_Genetik.pdf

bei V.a. erblicher Darmkrebs: Indikationskriterien erfüllt
s.a. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/LL_KRK_Langversion_3.01.pdf

DNA-Diagnostik zur angegebenen klinischen Fragestellung

Analyse zur Fragestellung, s.o.

Sequenzierung aller bekannter codierender Gene (Whole Exome Sequencing, WES, mittels Next Generation Sequencing (NGS)/ Panel-/ Repeat-Analyse)

Für o.g. Fragestellung erfolgt:

- Auswahl der relevanten Gene/ Gruppen von Genen ("Gen-Panels")
 - Auswahl der adäquaten Analysetechnik
 - bioinformatische Auswertung und
 - medizinisch-klinische Interpretation detektierter DNA-Varianten
- Bei Rückfragen kontaktieren Sie:
069 - 530 84 370 oder info@genetik.diagnosticum.eu

Zytogenetik und molekulare Zytogenetik

Chromosomenanalyse

Array-CGH
Falls bisher noch nicht erfolgt, bei GKV: zusätzlich Chromosomen anfordern

Einfache DNA-Genotypisierung häufiger Erkrankungen

- Nahrungsmittel-assoziierte Erkrankungen (HLA, LCT)**
- Gerinnungsstörung/ Thrombophilie (F2, F5, MTHFR, PAI)**
- Hämochromatose (HFE)**
- Morbus Meulengracht (UGT1A1)**

Pharmakogenetik - Personal Genomic Services

PGS.Pharma

Analyse auf 45 Varianten aus 12 Genen
Gezielte Empfehlungen für Therapie betreffend 50 Wirksubstanzen
PKV/ Selbstzahlerleistung: 292,30 €
Aufgrund der großen Menge der Informationen wird für den klinischen Einsatz die Nutzung der mobilen Web-APP empfohlen.
Zum Download QR-Code scannen.

[App Store](#) [Google Play](#)

pharma.sensor App
einfach downloaden und
installieren durch
einscannen des QR-Codes



Analysen für optimierte Therapie mit:

- PARP-Inhibitoren (BRCA1, BRCA2)**
- Lecanemab (APOE4)**
- 5-FU (DPYD)**
- Siponimod (CYP2C9)**
- Mavacamten (CYP2C19)**
- Irinotecan (UGT1A1)**

Allgemeine und präanalytische Hinweise

Die genetische Diagnostik belastet nicht das Laborbudget des überweisenden Arztes, siehe auch:

https://genetik.diagnosticum.eu/images/downloads/INFOS/2016_10_26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf

Probenmaterial Molekulargenetik

EDTA-Blut / DNA (Raumtemperatur)
mind. 3ml / 5-20 µg

Probenmaterial Chromosomenanalyse

Heparin-Blut
mind. 3ml

Probenversand:

normaler Postweg
Versandmaterial

Analysedauer:

3-8 Wochen (abhängig von Analyseumfang)

Versandmaterial anzufordern unter Telefonnummer 069 - 530 84 370 oder info@genetik.diagnosticum.eu