

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Rechnung Überweisungsschein <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> <small>Bitte Muster 6 und/ oder 10 zusenden</small> <small>an Patient</small> <small>Rechnung an Klinik</small>		

Anforderungsbeleg Zytogenetik (pränatal)

Untersuchungsmaterial			
Datum der Materialentnahme	TT	MM	JJJJ
Schwangerschaftswoche nach I. R.	<input type="text"/>	+ <input type="text"/> Tage	sonogr. <input type="text"/> + <input type="text"/> Tage
Fruchtwasser	Chorion / Trophoblast	Nabelschnurblut	Abortmaterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise für die Entnahme, die Lagerung und den Transport der Proben finden Sie auf unserer Internetseite www.praxisverbund-humangenetik.de unter Probenmaterial.			

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

Einsender (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Indikationen:

- auffälliges Ersttrimesterscreening Biochemie
- auffälliger sonographischer Befund erhöhte NT _____ mm
- erhöhtes mütterliches Alter
- auffälliger nicht invasiver Pränataltest (NIPT)
- Chromosomenstörung in Anamnese
- psychische Indikation
- Sonstiges: _____

detaillierte Angaben:

Geschlechtsangabe erwünscht: ja nein

Zytogenetik

- Chromosomenanalyse und indikationsbezogene FISH-Diagnostik
- pränataler Schnelltest mittels FISH *
- molekulare Karyotypisierung mittels Array-CGH *

* Diese Untersuchungen sind Selbstzahler-Leistungen. Bitte Kostenübernahmeerklärung beilegen.

Molekulargenetik

Bitte zusätzlich EDTA-Blutprobe der Kindsmutter einsenden (insbesondere bei Chorion- und Trophoblastmaterial).

- Untersuchung auf eine bekannte familiäre Mutation
- Noonan-Syndrom (PTPN11, BRAF, KRAS, RAF1, RIT1, SOS1)
empfohlen bei unauffälligem Ergebnis der Chromosomenanalyse und:
- Nackentransparenz $\geq 3,5$ mm und mind. eine der folgenden Ultraschall-auffälligkeiten: laterale Halszysten, Hydrops fetalis, Polyhydramnion, Pleuraergüsse, Aszites, Herz- und Nierenfehlbildungen oder
- isolierter Nackentransparenz ≥ 5 mm
- Sonstiges: _____

detaillierte Angaben:

Klinische Chemie

- Bestimmung der Alphafetoproteinkonzentration (AFP) und bei auffälligem Befund der neuronenspezifischen Acetylcholinesterase (AChE) im Fruchtwasser (Untersuchung in Kooperation mit Laborpartner)

Einweisende(r) Ärztin (Arzt): _____

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse:

Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik
Friedrichstraße 38 – 40 · 01067 Dresden

E-Mail: info@praxisverbund-humangenetik.de

Tel. Labor: 0351 / 492 78 900 · Fax: 0351 / 492 78 955

Alle Formulare finden Sie unter: www.praxisverbund-humangenetik.de

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin zu meiner genetischen Fragestellung beraten worden. Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/ m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und mit der Abnahme einer Probe sowie der Durchführung einer genetischen Untersuchung wegen:

_____ einverstanden bin.

Folgende Fragen wurden zusätzlich besprochen:

Bei der genetischen Diagnostik können sich Zusatzbefunde ergeben, die nach derzeitigem Kenntnisstand nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Fragestellung zu sehen sind.

Erklärung zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen

Hiermit willige ich ein, dass

- meine Proben zum Zweck einer evtl. Ergebniskontrolle sowie für weiterführende genetische Untersuchungen zur Diagnosefindung maximal 10 Jahre aufbewahrt werden können.
- die Untersuchungsergebnisse nach Abschluss der Untersuchungen zum Zweck der Nachprüfbarkeit über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden. Ein Anspruch auf die Lagerung der Proben und die verlängerte Archivierung der Untersuchungsergebnisse kann nicht erhoben werden.
- meine Proben zur Verwendung für Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form aufbewahrt werden können.
- die Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter/ anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. Einträge in medizinischen Datenbanken) genutzt werden können. Nach Anonymisierung können diese Einträge nicht mehr rückverfolgt oder gelöscht werden.
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik nicht möglich sein sollte.
- neben der Ärztin/ dem Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik die/ der die genetische Analyse veranlasst hat, in Ausnahmefällen jede andere Ärztin/ jeder andere Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik Einsicht in meine Befunde nehmen und sie mir mitteilen darf.
- bei Bedarf die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt/ verwendet werden können, wenn dies zur Klärung von deren Fragestellung unabdingbar ist.
- Zusatzbefunde, die nicht im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung stehen, mitgeteilt werden dürfen.
— wenn nicht zutreffend bitte streichen —

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Das Untersuchungsergebnis wird dem einsendenden Arzt mitgeteilt.

Für den Fall der Verhinderung der verantwortlichen ärztlichen Person kann es in seltenen Notfallsituationen zusätzlich an folgende Ärzte gesandt werden:

Name, Straße, PLZ/ Ort

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

Ort, Datum

verantwortliche ärztliche Person (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

Für Patienten mit privater Krankenversicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten