

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 10 zusenden</small> <small>an Patient</small> <small>Rechnung an Klinik</small>		

Anforderungsbeleg Zytogenetik (pränatal)

Untersuchungsmaterial Datum der Materialentnahme: TT <input type="text"/> MM <input type="text"/> JJJJ <input type="text"/> Schwangerschaftswoche nach I. R. <input type="text"/> + <input type="text"/> Tage sonogr. <input type="text"/> + <input type="text"/> Tage		<input type="checkbox"/> Index, selbst betroffen <input type="checkbox"/> prädiktiv <input type="checkbox"/> Therapierelevanz <input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Chorion <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut <input type="checkbox"/> Abortmaterial
		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 $\geq 3,0$ 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:

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:

Erklärung zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen

Hiermit willige ich ein, dass – wenn nicht zutreffend, bitte streichen – (Nicht gestrichen wird als JA gewertet.)

- meine Proben zum Zweck einer evtl. Ergebniskontrolle/ 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 und die Untersuchungsergebnisse für interne Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form verwendet 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 verantwortlichen ärztlichen Person, die die genetische Analyse veranlasst hat, in Ausnahmefällen eine weitere ärztliche Person (je Vertretungsplan) Einsicht in meine Befunde nehmen und sie mir im Vertretungsfall bei einer genetischen Beratung mitteilen darf (gilt nur für den jeweiligen Standort des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik).
- 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.

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

Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden: JA
 NEIN (Keine Auswahl wird als NEIN gewertet.)

Die Analyse bezieht sich ausschließlich auf die o. g. Indikation, wodurch andere Anlagenträgerschaften unberücksichtigt bleiben. Ebenso sind mögliche anderweitige genetische Risiken nicht ausgeschlossen.

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. gesetzliche Vertreter

▶ 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. gesetzliche Vertreter