Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
|---|---|---|
| | | |

| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
|---|---|---|
| | | |

# Anforderungsschein Humangenetik

amedes genetics

**Tages-Nr. intern!**

## ALLGEMEIN

Bitte verwenden Sie gesonderte Anforderungsscheine für Array- und Whole Exome Sequencing-Aufträge

Praxisstempel

☐ **EILIG,** weil: _____

## ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER:

**Versicherung:** ☐ Gesetzlich (bitte Muster 10 Ü-Schein beifügen!) ☐ Privat (Kostenvoranschläge auf Anfrage)

☐ Stationär ☐ Rechnung an Einsender

## ANGABEN ZUM MATERIAL:

**Entnahmedatum:** _____ ☐ Z. n. allogener Stammzellspende

**Material:** ☐ EDTA-Blut ☐ Fruchtwasser/Chorionzotten ☐ Wangenabstrich ☐ sonstiges Material: _____

## ANGABEN ZUR PATIENTIN/ZUM PATIENTEN:

**Geschlecht:** ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers, bitte biologisches Geschlecht angeben: _____

**Ethnische Herkunft:** _____ **Schwanger:** ☐ nein ☐ ja Schwangerschaftswoche: _____

**Untersuchungsart:** ☐ diagnostisch (Patient*in betroffen) ☐ prädiktiv (Patient*in selbst gesund/Anlageträgerschaft) ☐ vorgeburtlich

**Ist die zu untersuchende Person der/die Indexpatient*in (die erkrankte Person):** ☐ nein ☐ ja

**Gibt es Genetische Vorbefunde:** ☐ nein ☐ ja (bei Patient*in) ☐ ja (bei Angehörigen) (Falls ja, bitte Vorbefunde möglichst in Kopie mitsenden.)

**Besteht Blutsverwandtschaft in der Familie?** ☐ nein ☐ ja, bei: _____

**Bei bestehendem Kinderwunsch und gleichzeitiger Partner*innenuntersuchung:**

Name Partner*in: _____ Geburtsdatum Partner*in: _____

## ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG:

**Auftrag/Genanalyse:** Cataract with other eye anomalies, differential diagnosis (ID KP0017)

Die Zusammensetzung des Panels kann auf der Website https://www.amedes-genetics.de/s/KP0017 eingesehen werden.

**Indikation/Verdacht:** _____

(Nach Möglichkeit bitte Befundkopien bzw. Krankenunterlagen mitschicken.)

**ICD-10 Code:** _____ **Diagnose:** (Zusatzkennzeichnung ICD-10)

☐ Gesicherte Diagnose (G) ☐ Ausgeschlossene Diagnose (A)

☐ Verdachtsdiagnose (V) ☐ (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose (Z)

**Sonstige Angaben/Familienanamnese** (optional Stammbaum einfügen): _____

☐ **Varianten unklarer Signifikanz** (ausschließlich hot, warm, tepid) sollen mitgeteilt werden, wenn ein Krankheitswert nicht ausgeschlossen werden kann.
(Ohne Auswahl werden Varianten unklarer Signifikanz nicht mitgeteilt.)

Name, Vorname aufklärende/r Ärzt*in (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift aufklärende/r Ärzt*in

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur genetischen Diagnostik (nach Gendiagnostikgesetz; GenDG)**
Die angeforderten Analysen unterliegen dem Gendiagnostikgesetz (GenDG). Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung stimme ich der von mir gewünschten genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des Gendiagnostikgesetzes zu. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner Ärztin/meinem Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen als auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung.

**Ich erkläre mich einverstanden mit:**

1) der Aufbewahrung der Probe in Abhängigkeit von der diagnostischen Notwendigkeit für ggfs. ergänzende Untersuchungen ☐ ja ☐ nein

2) der Nutzung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern ☐ ja ☐ nein

3) der Aufbewahrung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren ☐ ja ☐ nein

4) der Aufbewahrung und Verwendung der Probe in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung oder für wissenschaftliche Zwecke ☐ ja ☐ nein

5) der evtl. Weiterleitung der Probe sowie der dazu erforderlichen Daten an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor ☐ ja ☐ nein

Im Rahmen der Analyse können in seltenen Fällen Veränderungen festgestellt werden, die nicht im direkten Zusammenhang mit der angeforderten Untersuchung stehen (sogenannte Zufallsbefunde). Die Mitteilung genetischer Zufallsbefunde erfolgt ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Über klinisch relevante Zufallsbefunde möchte ich informiert werden:
(ohne Auswahl werden Zufallsbefunde nicht mitgeteilt.) ☐ ja ☐ nein

Information zu sogenannten Zusatzbefunden: Bei Zusatzbefunden handelt es sich um aktiv erhobene Befunde mit Varianten in Genen, die nicht mit den angegebenen klinischen Symptomen assoziiert sind. Aktuell werden im Rahmen der hier angeforderten Analyse keine Zusatzbefunde erhoben und berichtet; die Auswertung der genetischen Daten erfolgt streng nach klinischen Angaben (z.B. angefordertes Genpanel oder hinsichtlich der bekannten familiären Variante usw.).

**Nur bei Privatpatient*innen:** Mir ist bekannt, dass die für die Abrechnung notwendigen Daten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle übermittelt werden können. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten für die o.g. Untersuchung selbst trage, wenn diese nicht von meiner Versicherung übernommen werden.

**Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.**

× _____

Ort, Datum | Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Patient*in / gesetzliche/r Vertreter*in

**Adresse für Probenzusendung**

amedes genetics
MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin, Hämostaseologie,
Humangenetik und Mikrobiologie Hannover
Georgstraße 50
30159 Hannover

Telefon 0511.301 795 0
Telefax 0511.301 795 119

Anforderungsschein unter:

www.amedes-genetics.de/service/downloads

**Genetische Sprechstunden**

Sie können sich kostenfrei unter folgender Telefonnummer für einen Sprechstundentermin anmelden:

0800.444 36 38

Genetische Sprechstunden bieten wir an folgenden Standorten an:
Berlin · Bonn · Dortmund · Düsseldorf · Essen · Frankfurt (Main)
Göttingen · Halle (Saale) · Hamburg · Hannover · Kassel · Koblenz
Münster · Oberhausen · Rüdersdorf bei Berlin

Weitere Informationen unter www.amedes-genetics.de

© amedes 03/2026 | Nachdruck verboten

amedes MVZ Trägergesellschaft Göttingen mbH
Sitz der Trägergesellschaft: Anna-Vandenhoeck-Ring 4-8, 37081 Göttingen
Geschäftsführer: Priv.-Doz. Dr. Marc-Alexander Burmeister, Dr. Christian Thode
Ust-IdNr.: DE 302313117 I HRB 200480 | Amtsgericht: Göttingen

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13131-02-00