

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

## Anforderungsschein

### Humangenetik

#### ARRAY

Praxisstempel

amedes genetics 

Tages-Nr. intern!

**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  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)

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

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

Besteht Blutsverwandtschaft in der Familie?  nein  ja, bei: \_\_\_\_\_

#### ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG:

Auftrag: Array-Analyse (Molekulare Karyotypisierung)

**Wichtig!** Gemäß EBM ist vor Array-Analyse eine Chromosomenanalyse (Heparinblut) erforderlich. Bitte parallel veranlassen oder Befund beilegen.

Indikation/Verdacht: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Nach Möglichkeit bitte Befundkopien bzw. Krankenunterlagen mitschicken.)

ICD-10 Code: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_  Gesicherte Diagnose (G)  
(Zusatzkennzeichnung ICD-10)  Verdachtsdiagnose (V)  Ausgeschlossene Diagnose (A)  
 (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose (Z)

Sonstige Angaben/Familienanamnese (optional Stammbaum einfügen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**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.**

X

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](http://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](http://www.amedes-genetics.de)

