

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anforderungsschein



Postnatale Zytogenetik

Tages-Nr. intern!

Versicherung:

<input type="checkbox"/> Gesetzlich (bitte Muster 10 Ü-Schein beifügen!)	<input type="checkbox"/> Privat (Kostenvoranschläge auf Anfrage)
<input type="checkbox"/> Stationär	<input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender <input type="checkbox"/> Selbstzahler*in

Entnahmedatum: _____

Material:

<input type="checkbox"/> Heparin-Blut	<input type="checkbox"/> Heparin-Nabelschnurblut	<input type="checkbox"/> Mundschleimhautabstrich (nur FISH)
<input type="checkbox"/> Bindegewebe (z.B. Fibroblasten)	<input type="checkbox"/> Abortgewebe (bitte mütterliches EDTA-Blut beilegen)	

Angaben zur/m Patient*in

weiblich männlich divers Z.n. Stammzelltransplantation

Besteht eine Schwangerschaft: nein ja SSW: _____

Bei Familienuntersuchung

Name des Partners / der Partnerin: _____

Name des Kindes / der Kinder: _____

ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG
(für molekulargenetische Untersuchungen siehe Anforderungsscheine Allgemeine Humangenetik bzw. Whole-Exome-Sequencing (auch Trios))

Chromosomenanalyse FISH _____

Indikationen

V.a. Trisomie 21
 (Schnelltest, bitte EDTA beilegen)

unerfüllter Kinderwunsch V.a. POF/POI

V.a. Turner-Syndrom Aborte

V.a. Klinefelter-Syndrom habituelle Aborte

Vorliegen von Trisomie 21/ Down-Syndrom in der Familie *(bitte ggf. Befunde beilegen/Angabe, ob freie Trisomie, wenn bekannt)*

bekannte Translokation/Strukturaberration in der Familie *(bitte Befunde beilegen)*

Transgender: Mann zu Frau Transgender: Frau zu Mann

Intergeschlechtlichkeit *(Aufweisung beider Geschlechtsmerkmale)*

Sonstige Angaben/Familienanamnese (bitte ggf. Befunde beilegen): _____

 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 GenDG. Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung stimme ich der o.g. genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des GenDG zu. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner Ärztin/meinem Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen kann, als auch eine genetische Beratung in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung.

Mit der Nutzung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern bin ich einverstanden: ja nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung der Probe in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung und/oder für wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden. ja nein

Falls erforderlich bin ich mit der Weiterleitung der Probe und den dazu gehörenden Daten an ein anderes spezialisiertes medizinisches Labor einverstanden. ja nein

Ich wünsche die Weiterleitung meiner Befunde an meine/n mitbehandelnde/n Ärzt*in:

Name Ärzt*in (in Druckbuchstaben): _____ Telefonnummer für Rückfragen: _____

Praxis-Anschrift (in Druckbuchstaben): _____

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

x

Unterschrift Patient*in / gesetzliche/r Vertreter*in

Adresse für Probenzusendung

MVZ Institut für Labormedizin und Klinische Genetik Rhein/Ruhr GmbH
Willy-Brandt-Platz 4
45127 Essen
Telefon 0201.74 776 0
Telefax 0201.74 776 90

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:
Bad Münders · Berlin · Bonn · Dortmund · Düsseldorf · Essen · Frankfurt
Göttingen · Halle (Saale) · Hamburg · Hannover · Kassel · Koblenz
Münster · Oberhausen · Wuppertal

Weitere Informationen unter www.amedes-genetics.de

Anforderungsschein unter:



www.amedes-genetics.de/service/downloads