

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:

- ☐ Gesetzlich (bitte Muster 10 Ü-Schein beifügen!)
☐ Stationär

- ☐ Privat (Kostenvoranschläge auf Anfrage)
☐ Rechnung an Einsender ☐ Selbstzahler*in

Entnahmedatum: _____

Material:

- ☐ Heparin-Blut ☐ Heparin-Nabelschnurblut ☐ Mundschleimhautabstrich (nur FISH)
☐ Bindegewebe (z.B. Fibroblasten) ☐ 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 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 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2) der Nutzung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3) der Aufbewahrung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4) der Aufbewahrung und Verwendung der Probe in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung oder für wissenschaftliche Zwecke | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5) der evtl. Weiterleitung der Probe sowie der dazu erforderlichen Daten an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.

✕
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Ort, Datum</div> <div>Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Patient*in / gesetzliche/r Vertreter*in</div> </div>

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

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

