

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

## Anforderungsschein

### Pränatale Diagnostik

amedes genetics 

Tages-Nr. intern!

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

Stationär

Rechnung an Einsender  Selbstzahler\*in

**Entnahmedatum:** \_\_\_\_\_

**Material** (bitte mütterliches EDTA-Blut beilegen):

- Fruchtwasser (8-15 ml, erweiterte Diagnostik 15-20 ml) Menge: \_\_\_\_\_  Chorionzotten (10-15 mg Zottengewebe, erweiterte Diagnostik > 15 mg)
- Nabelschnurblut (Heparin)  Mütterliches EDTA-Blut  Abortgewebe
- Nabelschnurblut (EDTA)  Väterliches EDTA-Blut  
Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Angaben zur/m Patient\*in

SSW rechnerisch: \_\_\_\_\_ Anzahl der Feten: \_\_\_\_\_ Sonographisches Geschlecht:  männlich  weiblich

SSW nach Ultraschall: \_\_\_\_\_ wenn Mehrlingsschwangerschaft:  monochorial  dichorial  monoamniot  diamniot

Gravida: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Konsanguinität der Eltern:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Konzeption:  Eizellspende  IVF/ICSI  spontan Ethnische Herkunft: \_\_\_\_\_

#### ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG (Zytogenetik/Molekulargenetik):

- Chromosomenanalyse  AFP (FW)  fetaler Rhesus-Faktor
- Pränataler Schnelltest  ACHE (FW)
- (mittels STR, Aneuploidie 13,18,21,X,Y)
- (Trio-)Exom-Analyse (bei Trio bitte auch väterliches EDTA-Blut beilegen)
- Array-Analyse  FISH für die Chromosomenregion \_\_\_\_\_
- Einzelgen-Analyse: \_\_\_\_\_ (bitte Befunde beilegen)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Indikationen (bitte Ultraschallbefund und ggf. genetische Befunde beilegen):

- auffälliger NIPT:  maternales Alter
- auffälliges ETS  Mutter/Vater Überträger einer Chromosomenveränderung (bitte Befunde beilegen)
- auffällige NT: \_\_\_\_\_ mm  Mutter/Vater Überträger einer monogenen Erkrankung (bitte Befunde beilegen)
- auffällige Biochemie  vorausgegangene Schwangerschaft mit einem auffälligen genetischen Befund (bitte Befund beilegen)

**Sonstige Angaben/Familienanamnese** (bitte ggf. Befunde beilegen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gibt es genetische Vorfälle?**  nein  ja (bitte Vorfälle möglichst in Kopie mitsenden)

**Ultraschallbefund beiliegend**  nein  ja

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 |

Aufgrund der Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) darf das Ergebnis genetischer Analysen in der Regel nur an die verantwortliche ärztliche Person übermittelt werden (§11 Abs. 2 GenDG). Die Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) weist jedoch darauf hin, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Übermittlung durch das Labor zulässig ist. Ich wünsche die Weiterleitung meiner Befunde an meine/n mitbehandelnde/n Ärzt\*in:  ja  nein

Name Ärzt\*in (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Praxis-Anschrift (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

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:

Fet	Mutter	Vater
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

**Bei fehlender Angabe werden Zufallsbefunde nicht mitgeteilt.**

Information zu sogenannten Zusatzbefunden: Die Auswertung der genetischen Daten erfolgt streng nach klinischen Angaben (z.B. HPO-Terms angefordertes Genpanel usw.), deshalb werden Zusatzbefunde aktuell nicht erhoben. Bei Zusatzbefunden handelt es sich um aktiv erhobene Befunde mit Varianten in Genen, die nicht mit den angegebenen klinischen Symptomen assoziiert sind.

**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	Name in Druckbuchstaben und <b>Unterschrift Patient*in / gesetzliche/r Vertreter*in</b>
Ort, Datum	X	Name in Druckbuchstaben und <b>Unterschrift Mutter</b>
Ort, Datum	X	Name in Druckbuchstaben und <b>Unterschrift Vater</b>

**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](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)

