

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

Anforderungsschein

Humangenetik



ALLGEMEIN

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

Praxisstempel

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 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: _____

Indikation/Verdacht: _____

(Nach Möglichkeit bitte Befundkopien bzw. Krankenunterlagen mitschicken.)

ICD-10 Code: _____ **Diagnose:** Gesicherte Diagnose (G) Ausgeschlossene Diagnose (A)
(Zusatzkennzeichnung ICD-10) 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



Autoinflammation

Anhang zum Untersuchungsauftrag

Die gewünschte Klinische Fragestellung(en) bitte ankreuzen.

Die Zusammensetzung der Panels kann auf der Website www.amedes-genetics.de eingesehen werden.

	Klinische Fragestellung	ID
	Blau-Syndrom	BS0001