

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

# Anforderungsschein Humangenetik



**Tages-Nr. intern!**

### ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN:

**Versicherung:**  Gesetzlich (bitte Muster 10 Ü-Schein beifügen!)  Privat  
 Selbstzahler (IGeL; wenn ja bitte Rückseite beachten\*)

**Entnahme-Datum:** \_\_\_\_\_  EDTA-Blut  Heparin-Blut  Fruchtwasser/Chorionzotten  Abstrich  Tumormaterial  
 Sonstiges Material: \_\_\_\_\_ **Geschlecht:**  männlich  weiblich

**Ethnische Herkunft:** \_\_\_\_\_ **Schwanger:**  Ja  Nein Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

### UNTERSUCHUNGSauftrag:

In **GRÜN** ist die Anzahl an untersuchten **Core-/Basis-Genen** und in **BLAU** die Anzahl der Gene im **erweiterten Panel** (sofern vorhanden) angegeben. Das erweiterte Panel beinhaltet die Core-/Basis-Gene.

### Genetische Analyse / Indikation:

		Gewünschtes Panel ankreuzen	Anzahl der Gene
<b>Arbeitsdiagnose:</b>	Denys-Drash-Syndrom	<input type="checkbox"/> Core-/Basis-Gen-Panel	1
<b>Labor-ID:</b>	DS0090	<input type="checkbox"/> Erweitertes Panel	-

Das erweiterte Panel enthält die Core-/Basis-Gene.

Die Zusammensetzung der Panels kann auf der Website [www.amedes-genetics.de/panels](http://www.amedes-genetics.de/panels) eingesehen werden.

**Untersuchungsart:**  diagnostisch  prädiktiv  vorgeburtlich

**Ist die zu untersuchende Person der Indexpatient\*\*:**  Ja  Nein

**Sonstige Angaben/Familienanamnese:** \_\_\_\_\_

\*\*Als Indexpatient wird eine erkrankte und genetisch mit dem Versicherten verwandte Person und als Anlagenträger eine (noch) symptomfreie Person mit nachgewiesener Mutation bezeichnet (Angabe KBV)

### EINWILLIGUNGserklärung zur genetischen Diagnostik (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/m Ärztin/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. Wenn ich eine von gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünsche, kann ich dies jederzeit mitteilen.

Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit bin ich einverstanden:  Ja  Nein

Mit der Nutzung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern bin ich einverstanden:  Ja  Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung der Probe in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung oder für wissenschaftliche Zwecke einverstanden:  Ja  Nein

Ich bin mit der evtl. erforderlichen Weiterleitung der Probe sowie der dazu erforderlichen Daten an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor einverstanden:  Ja  Nein

Durch die Analyse können in Einzelfällen Ergebnisse erzielt werden, die nicht in direktem Zusammenhang mit der angeforderten Untersuchung stehen. Ich wünsche über diese Zusatzbefunde informiert zu werden, wenn sich daraus eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Angehörigen ergibt:  Ja  Nein

Ich bin mit der Weiterleitung von Daten für die Abrechnung an eine privatärztliche Verrechnungsstelle einverstanden. (Nur bei Privatpatienten)  Ja  Nein

**Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.**

**\*Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung**  
 Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die auf der Vorderseite beschriebene(n), privatärztliche Leistung(en) durch Labore der amedes-Gruppe in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend der aktuellen Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst tragen und bin mit der Abrechnung durch eine autorisierte Verrechnungsstelle einverstanden. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden und die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzte an diese ärztliche Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt. Hinzu kommen 2,60 Euro Versandgebühren.

Ort, Datum

x

Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

**Genetische Analyse / Indikation:**

Krankheit	ID	Core- und Basis-Gene		Erweitertes Panel	
<input type="checkbox"/> Denys-Drash-Syndrom	DS0090	1	1,6kB	-	-

**Untersuchte Gene:**

**Core:**  
WT1

NOTIZEN

---



---



---



---

**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

**Genetische Sprechstunden**

Sie können sich kostenfrei unter folgender Telefonnummer für einen Sprechstundentermin anmelden:  
 0800.444 36 38 (Erreichbarkeit: 9-16 Uhr)  
 Genetische Sprechstunden bieten wir an folgenden Standorten an:  
 Bad Münde · Berlin · Dortmund · Essen · Frankfurt · Göttingen · Halle (Saale) · Hamburg · Hannover · Oberhausen