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

Anforderungsschein Humangenetik

amedes genetics

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
Arbeitsdiagnose:	Gliome, assoziiert mit erblichen Tumor-Syndromen	☐ Core-/Basis-Gen-Panel	9
Labor-ID:	GP6420	☐ Erweitertes Panel	-

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

Die Zusammensetzung der Panels kann auf der Website 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 vewandte 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.

Ärztlicher Kontakt für Rückfragen
Verantwortliche ärztliche Person nach GenDG

Telefon

Ort | Datum

Unterschrift aufklärender Arzt/Ärztin

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

amedes genetics

*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

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

Genetische Analyse / Indikation:

Krankheit	ID	Core- und Basis-Gene		Erweitertes Panel	
☐ Gliome, assoziiert mit erblichen Tumor-Syndromen	GP6420	9	27,2kB	-	-

Untersuchte Gene:

Core:
CDKN2A, MLH1, MSH2, MSH6, NF1, NF2, PMS2, TP53, TSC1

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 Münder · Berlin · Dortmund · Essen · Frankfurt · Göttingen · Halle (Saale) · Hamburg · Hannover · Oberhausen

© amedes 01/2021 | Nachdruck verboten

amedes MVZ Trägergesellschaft Göttingen mbH
Sitz der Trägergesellschaft: Werner-von-Siemens-Straße 8-10, 37077 Göttingen | Geschäftsführer: Wolf Frederic Kupatt, Alexander Kleinke, Dr. Christian Thode
Ust-IdNr.: DE 301792997 I HRB 200480 | Amtsgericht: Göttingen

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13131-01-00