

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Rechnung</b> Überweisungsschein <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> <small>Bitte Muster 10 zusenden</small> <small>an Patient</small> <small>Rechnung an Klinik</small>		

## Anforderungsbeleg Zytogenetik (postnatal)

<b>Untersuchungsmaterial</b>			Heparinblut	Haut	Mundschleimhaut	Urin	DNA	Sonstiges
Datum der Materialentnahme	TT	MM	JJJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise für die Entnahme, die Lagerung und den Transport der Proben finden Sie auf unserer Internetseite <a href="http://www.praxisverbund-humangenetik.de">www.praxisverbund-humangenetik.de</a> unter Probenmaterial.								

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

**Einsender** (Stempel und Unterschrift des Arztes)

### Zytogenetik - Chromosomenanalyse (ggf. FISH-Diagnostik)

### Molekulare Karyotypisierung (Array-CGH-Diagnostik)

Bei gesetzlich Versicherten ist vor der Array-CGH-Diagnostik eine konventionelle Chromosomenanalyse obligat.

#### Indikationen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fertilitätsstörungen                                    | <input type="checkbox"/> habituelle Aborte              |
| <input type="checkbox"/> V. a. Gonosomenaberrationen                             | <input type="checkbox"/> Sterilität                     |
| <input type="checkbox"/> V. a. Trisomie 21                                       | <input type="checkbox"/> Ullrich-Turner-Syndrom         |
| <input type="checkbox"/> V. a. Chromosomenbruchsyndrome (nur nach Rücksprache)   | <input type="checkbox"/> Klinefelter-Syndrom            |
| <input type="checkbox"/> klinische Angaben bei V. a. andere Chromosomenstörungen | <input type="checkbox"/> Intersexualität                |
| <input type="checkbox"/> mentale Retardierung                                    | <input type="checkbox"/> Motorik                        |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung                                 | <input type="checkbox"/> Sprache                        |
| <input type="checkbox"/> auffällige Wachstumsparameter                           | <input type="checkbox"/> Kleinwuchs                     |
|  | <input type="checkbox"/> Hochwuchs                      |
|  | <input type="checkbox"/> Mikrozephalie                  |
|  | <input type="checkbox"/> Makrozephalie                  |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten                               | <input type="checkbox"/> Autismus                       |
|  | <input type="checkbox"/> ADHS                           |
|  | <input type="checkbox"/> Störungen des Sozialverhaltens |
| <input type="checkbox"/> neurologische Symptome                                  | <input type="checkbox"/> Epilepsie                      |
|  | <input type="checkbox"/> Muskelhypotonie                |
| <input type="checkbox"/> Dysmorphie (wenn ja, welche)                            |   |
| <input type="checkbox"/> angeborene Fehlbildungen (wenn ja, welche)              |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges   |   |

#### Indikationen FISH-Diagnostik:

- V. a. Zellmosaik (Interphasekern-/ Metaphase FISH)
- LSI21 (Ausschluss kryptischer Translokation)
- Subtelomerscreening bei habituellen Aborten
- Mikrodeletionssyndrome (nur nach Rücksprache)

Das Subtelomerscreening z. A. von Mikrodeletionen und Untersuchungen auf Mikrodeletionssyndrome werden in der Regel molekulargenetisch durchgeführt (bitte EDTA-Blut einsenden und Anforderungsbeleg Molekulargenetik beifügen).

#### Anamnese:

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | ja                       | nein                     |
| <b>Stammzelltransplantation</b>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Konsanguinität der Eltern</b>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>bekannte Diagnose</b> (wenn ja, welche)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>familiäre Erkrankungen</b> (wenn ja, welche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Molekulargenetik

Bitte Anforderungsbeleg Molekulargenetik beilegen.

Einweisende(r) Ärztin (Arzt): \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse:

Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik

Friedrichstraße 38 – 40 · 01067 Dresden

E-Mail: [info@praxisverbund-humangenetik.de](mailto:info@praxisverbund-humangenetik.de)

Tel. Labor: 0351 / 492 78 900 · Fax: 0351 / 492 78 955

Alle Formulare finden Sie unter: [www.praxisverbund-humangenetik.de](http://www.praxisverbund-humangenetik.de)

## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin zu meiner genetischen Fragestellung beraten worden. Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/ m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und mit der Abnahme einer Probe sowie der Durchführung einer genetischen Untersuchung wegen:

\_\_\_\_\_ einverstanden bin.

Bei der genetischen Diagnostik können sich Nebenbefunde ergeben, die nach derzeitigem Kenntnisstand nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Fragestellung zu sehen sind.

### Erklärung zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen

Hiermit willige ich ein, dass

- meine Proben sowie Untersuchungsergebnisse nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für mögliche weitere diagnostische Untersuchungen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden. Ein Anspruch auf die Lagerung kann nicht erhoben werden.
- meine Proben zur Verwendung für Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form aufbewahrt werden können.
- die Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. in medizinischen Datenbanken) genutzt werden können.
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik nicht möglich sein sollte.
- neben der Ärztin/ dem Arzt die/ der die genetische Analyse veranlasst hat, jede andere Ärztin/ jeder andere Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik Einsicht in meine Befunde nehmen und sie mir mitteilen darf.
- Nebenbefunde, die nicht im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung stehen, mitgeteilt werden dürfen.

— wenn nicht zutreffend bitte streichen —

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Das Untersuchungsergebnis wird dem einsendenden Arzt mitgeteilt.

Zusätzlich soll es an folgende Ärzte gesandt werden:

\_\_\_\_\_  
Name, Straße, PLZ/ Ort

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**verantwortliche ärztliche Person** (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

### Für Patienten mit privater Krankenversicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten