

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

Einsender (Praxisstempel):

MVZ genetikum GmbH
Zentrallabor
Wegenerstrasse 15
89231 Neu-Ulm
Tel: 0731 146100
Fax: 0731 14610220

Name und Unterschrift verantwortliche ärztliche Person:

Probeneinsendeformular Pränatale Diagnostik

WICHTIG:

- Rückseite bitte vom Patienten ausfüllen lassen. Einwilligungserklärung muss zur Diagnostik vorliegen.
- Bitte Laborüberweisungsschein (Muster 10) beilegen.
- Humangenetische Leistungen belasten nicht das Laborbudget.

Entnahmedatum:

Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	SSW US: <input type="text"/> + <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SSW RE: <input type="text"/> + <input type="text"/>

- Fruchtwasser (10-15ml; erweiterte PND 15-20ml) klar/gelb
 Chorionzotten
 Nabelschnurblut
 Abortgewebe

Abrechnung:

- GKV (gesetzlich; Laborüberweisungsschein Muster 10)
 PKV (privat)
 PKV + Beihilfe
 Selbstzahler
 Rechnung an Klinik

Indikationen:

- NIPT auffällig
 Ersttrimestertest auffällig: SSW US: +
 NT auffällig mm > 95 % > 99 %
 Biochemie auffällig PAPP-A MoM β HCG: MoM
 Mutter/Vater Überträger einer Chromosomenveränderung
 Mutter/Vater Überträger einer monogenen Erkrankung
 Vorausgegangene SS mit Chromosomenstörung
 mütterliches Alter über 35 Jahre
 Wunsch der Eltern

 fetaler Ultraschall auffällig (bitte Befund beilegen!)

- fetale Akinesie
 Nierenfehlbildung
 Hydrops fetalis
 Herzfehler
 Skelettfehlbildung
 Heterotaxie
 Hirnfehlbildung
 Wachstumsretardierung

Angeforderte Untersuchung:

 Standard Pränatale Diagnostik (sPND)

- Chromosomenanalyse* (inkl. Schnelltest/PCR)
 Alpha-Fetoprotein^{CO}
 ACHE*

auf Wunsch:

- Array-CGH: Selbstzahlerleistung (944,25 Euro)

- bitten um Rücksprache

CO = in Kooperation * derzeit nicht akkreditierte Untersuchung

 Erweiterte Pränatale Diagnostik (ePND) (auffälliger Ultraschall)
(2ml EDTA-Blut von Patientin und Kindsvater erforderlich!)

zusätzlich zur Standard PND

- Array-CGH/MLPA (gezielter Duplikations- bzw. Deletionsnachweis)
 NGS-Diagnostik: Trio-Whole-Exome-Sequenzierung (Trio-WES),
 ggf. HPO-Analyse nach klinischer Symptomatik, z.B. Noonan-Syndrom

- spezifische DNA-Diagnostik:

Patientin:

Anamnese/Besonderheiten

Geburten:
 Fehlgeb.:
 Totgeb.:

Kindsvater:

Anamnese/Besonderheiten

- Befunde in Kopie beigelegt
 Wir bitten um Zusendung von Versand- und Entnahmematerial

Wird vom genetikum ausgefüllt

- Probe freigegeben
 Angaben sind abzuklären
 Procedere mit Einsender besprechen
 Patient: Hep-B____, EDTA-B____, MSA____, DNA____, AC____, CVS____,
 Partner: Hep-B____, EDTA-B____, MSA____, DNA____
 DNA asservieren nativ Kultur
 PST Kulturen:

Proben-Nr.	MTA
Verknüpfungs-Nr./Partner	X



Sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen ist eine Fruchtwasserpunktion oder Chorionzottenbiopsie zur Abklärung einer genetisch bedingten Erkrankung (z. B. Chromosomenstörung) geplant. Um auch andere genetisch bedingte Risiken, (z. B. monogene Erkrankungen), die sich aufgrund der Familien- o. Eigenanamnese ergeben können, zu berücksichtigen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Wichtig sind Informationen über Ihre Geschwister, deren Kinder (Neffen/Nichten), Ihre Eltern, deren Geschwister sowie deren Kinder (Cousinen/Cousins) und Ihre Großeltern. Bei Fragen oder Unklarheiten werden wir zunächst telefonisch Kontakt mit Ihnen aufnehmen. Sämtliche Angaben sind freiwillig.

Angaben der Patientin:

Name: _____ Telefon: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Haben Sie Kinder? ja nein

Anzahl Jungen: ___ Anzahl Mädchen: ___

Haben Sie Geschwister? ja nein

Anzahl Brüder: ___ Anzahl Schwestern: ___

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Fehl- (bis 24. SSW) oder Totgeburten (nach 24. SSW)? ja nein

bei wem _____ wie viele _____ Schwangerschaftswoche _____
 _____ wie viele _____ Schwangerschaftswoche _____

Sind in Ihrer Familie Kinder früh verstorben?

bei wem _____ wie viele _____ ja nein

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erkrankungen*? ja nein

welche und bei wem: _____

* Für uns **wichtige** Erkrankungen: geistige Behinderungen, Herzfehler, Nierenfehlbildungen, Stoffwechselstörungen, Tumorerkrankungen vor dem 50. LJ

* Für uns **unwichtige** Erkrankungen: Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Schlaganfall nach dem 65. LJ, Herzinfarkt nach dem 65. LJ

** Wenn im Rahmen der Pränataldiagnostik genetische Varianten abzuklären sind, kann eine Untersuchung des Kindsvaters erforderlich sein. Bei PKV erstellen wir einen Kostenvorschlag.

Sind Sie miteinander verwandt? ja nein wenn ja, wie _____

Wurden bereits genetische Untersuchungen/Beratungen durchgeführt? ja nein wenn ja, wo: _____

Welche evtl. Ergebnisse/Befunde: _____

Angaben des Kindsvaters: Versicherung**:

GKV Privat

Name: _____ Telefon: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Haben Sie Kinder? ja nein

Anzahl Jungen: ___ Anzahl Mädchen: ___

Haben Sie Geschwister? ja nein

Anzahl Brüder: ___ Anzahl Schwestern: ___

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Fehl- (bis 24. SSW) oder Totgeburten (nach 24. SSW)? ja nein

bei wem _____ wie viele _____ Schwangerschaftswoche _____
 _____ wie viele _____ Schwangerschaftswoche _____

Sind in Ihrer Familie Kinder früh verstorben?

bei wem _____ wie viele _____ ja nein

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erkrankungen*? ja nein

welche und bei wem: _____

WICHTIG: Nach Gendiagnostikgesetz darf die Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn die Einwilligungserklärung vom Patienten unterschrieben ist.

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen (siehe Vorderseite) sowie über die Konsequenzen, die sich daraus für mich ergeben können, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) und werden ohne meine ausdrückliche, schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt bzw. ob sie vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen). Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem mit den Datenschutzbedingungen einverstanden (Informationen unter www.genetikum.de/de/datenschutz.php).

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- | | Fet | Mutter | Vater |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| • der genetischen Untersuchung des von mir entnommenen Probenmaterials | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| • der Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| • der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (ohne Anspruch) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| • der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bzw. Teilen davon an ein spezialisiertes med. Kooperationslabor | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| • der Eintragung der Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter Form in wissenschaftliche Datenbanken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| • der Verwendung asservierter DNA von mir/meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte oder zur internen Qualitätssicherung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |

Wichtig! Bitte angeben:

In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen, jedoch eine klinische (Behandlungs-) Konsequenz für Sie selbst, für Ihre Nachkommen bzw. weitere Familienmitglieder haben können (sog. Zusatzbefunde). Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von genetischen Zusatzbefunden besteht nicht. Über **klinisch relevante Zusatzbefunde** möchte ich informiert werden:

Bei fehlender Angabe werden Zusatzbefunde nicht mitgeteilt.

BITTE ANGEBEN

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

 Ort/Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

 Ort/Datum Unterschrift Kindsvater

 Unterschrift verantwortliche ärztliche Person