

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

Einsender (Name, Adresse):



MVZ genetikum GmbH
 Zentrallabor
 Wegenerstrasse 15
 89231 Neu-Ulm
 Tel: 0731 14 610-0
 Fax: 0731 14 610-220

Probeneinsendeformular Reproduktionsmedizin

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

V. a. weibliche Infertilität

Subfertilität

- Chromosomenanalyse (aus Heparin-Blut)

Habituelle Aborte

- Chromosomenanalyse (aus Heparin-Blut)
 Chromosomenanalyse aus Abortmaterial

Hyperandrogenämie/Adrenogenitales Syndrom (AGS/CAH)

- CYP21A2 (21-Hydroxylase-Defizienz) (aus EDTA-Blut)
 NGS-Panel AGS/CAH (aus EDTA-Blut)

Prämatüre/primäre Ovarialinsuffizienz

- Chromosomenanalyse (aus Heparin-Blut)
 Fragiles X-Syndrom, Prämutation FMR1 (aus EDTA-Blut)

Hypogonadotroper Hypogonadismus

- NGS-Panel Kallmann (aus EDTA-Blut)

Hypergonadotroper Hypogonadismus

- Chromosomenanalyse (aus Heparin-Blut)

Abrechnung:

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

V. a. männliche Infertilität

Subfertilität

- Chromosomenanalyse (aus Heparin-Blut)

Habituelle Aborte der Partnerin

- Chromosomenanalyse (aus Heparin-Blut)

Azoospermie/Oligozoospermie

- Chromosomenanalyse (aus Heparin-Blut)
 Azoospermiefaktor, AZF (< 5 Mio. Spermien/ml) (aus EDTA-Blut)
 Cystische Fibrose, CFTR (bei Azoospermie) (aus EDTA-Blut)

ethnische Herkunft: _____

- NGS-Panel Azoospermie (aus EDTA-Blut)

Hypogonadotroper Hypogonadismus

- NGS-Panel Kallmann (aus EDTA-Blut)

Hypergonadotroper Hypogonadismus

- Chromosomenanalyse bei V. a. Klinefelter-Syndrom (aus Heparin-Blut)

Angaben zur Eigen-/Familienanamnese

Liegen bei Geschwistern, Eltern, Großeltern, Nichten, Neffen, Tanten, Onkeln, Cousins, Cousinen folgende Auffälligkeiten vor:
 Früh- oder Totgeburten, Kinder früh verstorben, körperliche und geistige Behinderungen, Cystische Fibrose, sonstige Besonderheiten?

klinisch auffällig nein ja

Besteht eine Blutsverwandtschaft zwischen Ihnen und Ihrem Partner? (z. B. Cousin/Cousine 1. Grades?)

- ja nein wenn ja, wie

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, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine genetische Untersuchung geplant. Gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) darf die Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn nachfolgende Einwilligungserklärung von Ihnen unterschrieben vorliegt. Außerdem sind wir nach der Datenschutzgrundverordnung verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage einsehen.

Einwilligungserklärung nach GenDG und DSGVO

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:

- der **genetischen Untersuchung** des von mir entnommenen Probenmaterials ja nein
- der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch) ja nein
- der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (ohne Anspruch) ja nein
- der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bzw. von Teilen davon an ein spezialisiertes, medizinisches Kooperationslabor ja nein
- der **Eintragung der Untersuchungsergebnisse** in pseudonymisierter Form in wissenschaftliche Datenbanken ja nein
- der **Verwendung** asservierter DNA von mir/meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte oder zur internen Qualitätssicherung ja 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:

BITTE ANGEBEN
 ja nein

Bei fehlender Angabe werden Zusatzbefunde nicht mitgeteilt.

X

Ort/Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

✓

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Kostenübernahmeerklärung/Behandlungsvertrag (Privatversicherte):

Ich wünsche eine privatärztliche Behandlung durch das genetikum, welche nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung der geltenden Höchstsätze in Rechnung gestellt wird. Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bzgl. der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen. Mit nachstehender Unterschrift bestätigte ich, dass ich die Behandlungskosten im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch den/die Versicherungsträger in vollem Umfang selbst trage.

Bitte um Zusendung eines Kostenvoranschlages

X

Ort/Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Die Diagnostik wird erst gestartet, sofern uns eine Unterschrift bzw. die Kostenübernahme der PKV/Beihilfestelle vorliegt.

Auftragshinweise Molekulargenetik

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik der KBV regelt die Anforderungen an die Indikationsstellung für einzelne indikationsbezogene molekulargenetische Untersuchungen, die im Kapitel 11.4.2 des EBM aufgeführt sind. Diese Untersuchungen dürfen erst durchgeführt werden, wenn die erforderlichen Kriterien an die Indikationsstellung erfüllt sind. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.genetikum.de/de/aerzte/Indikationskriterien/Hinweise_molekulargenetik.php