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

Einsendender Arzt für Probenidentität (Praxisstempel)

Name verantwortliche ärztliche Person:

genetikum

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

Abrechnung:

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

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)

Prämature/primäre Ovarialinsuffizienz
☐ Chromosomenanalyse* (aus Heparin-Blut)
☐ Fragiles X-Syndrom, Prämutation FMR1 (aus EDTA-Blut)
☐ NGS-Panel (aus EDTA-Blut)

Hypogonadotroper Hypogonadismus
☐ NGS-Panel Kallmann (aus EDTA-Blut)

Embryonaler Arrest / Eizellreifungsstörung
☐ NGS-Panel (aus EDTA-Blut)

Rezidivierende Molenschwangerschaft
☐ NGS-Panel (aus EDTA-Blut)

Hypergonadotroper Hypogonadismus
☐ Chromosomenanalyse* (aus Heparin-Blut)

* derzeit nicht akkreditierte Untersuchung

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
☐ Patient: EDTA-B ____, Hep-B ____, MSA ____, DNA ____
☐ Partner: EDTA-B ____, Hep-B ____, MSA ____, DNA ____
☐ DNA asservieren
☐ nativ ☐ Kultur
Kulturen:

Proben-Nr.
MTA
interner Arzt/ Berater

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-22061-01-00

Patient Nachname Vorname Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

genetikum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine genetische Untersuchung geplant, die im MVZ genetikum GmbH durchgeführt werden soll. Gemäß Gendiagnostikgesetz **(GenDG**) darf die Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn nachfolgende Einwilligungserklärung unterschrieben vorliegt. Im Rahmen der Untersuchung werden von Ihnen Patientendaten erhoben. Im Hinblick auf die EU-Datenschutzgrundverordnung **(DSGVO)** informieren wir Sie, zu welchem Zweck wir Ihre Patientendaten erheben, speichern oder weiterleiten. Patientendaten sind alle Informationen zu Ihrer Person, die anlässlich Ihrer Untersuchung und Behandlung genutzt werden. Beispiele für Patientendaten sind: Daten aus Arztbriefen, Ihre Krankengeschichte oder Befunde und Daten aus medizinischen Untersuchungen; dazu zählen ebenso Ergebnisse von Laboruntersuchungen. Ihre Patientendaten und medizinischen Befunde (personenbezogene Daten) werden nach den Regeln der DSGVO und der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und ohne Ihre Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Einwilligungserklärung nach GenDG und DSGVO

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen sowie über die Konsequenzen , die sich daraus für mich und genetische Verwandte ergeben können, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Ich fühle mich ausreichend informiert und willige in die mir angebotene und auf Seite 1 gekennzeichnete Diagnostik ein.
Ich erkläre mich gem. GenDG einverstanden mit:

Wenn nichts angekreuzt ist, werten wir dies als nein.

• der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bzw. von Teilen davon an ein spezialisiertes, medizinisches Kooperationslabor	☐ ja	☐ nein
• der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (ohne Anspruch)	☐ ja	☐ nein
• der **Verwendung** asservierter DNA zu qualitätssichernden Zwecken und für die Etablierung neuer Diagnostikverfahren in pseudonymisierter Form	☐ ja	☐ nein
• der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Datenbanken	☐ ja	☐ nein
• der **Verwendung von Untersuchungsmaterial/-ergebnissen** in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Forschungszwecke	☐ ja	☐ nein
• der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch)	☐ ja	☐ nein
Ferner erkläre ich mich einverstanden mit:		
• der **Anforderung klinischer Befundberichte,** die für die Auswertung der beauftragten Untersuchung relevant sind	☐ ja	☐ nein
• der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern	☐ ja	☐ nein

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Patientendaten und medizinischer Befunde einverstanden. Die Einwilligung erfolgt freiweillig und kann gem. Art 7 DSGVO i.V.m § 8 GenDG jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, ohne dass dies nachteilige Folgen für mich haben wird. Zudem steht es mir frei, auf die Mitteilung des Ergebnisses der Untersuchung zu verzichten und jederzeit die Vernichtung des aufbewahrten Probenmaterials zu verlangen (Recht auf Nichtwissen). Weitere Informationen zur Verarbeitung von Patientendaten finden Sie unter https://genetikum.de/datenschutz/patienten. Widerruf kann gegenüber dem MVZ genetikum GmbH unter der Geschäftsanschrift oder per eMail unter datenschutzkoordination@genetikum.de jederzeit erklärt werden.

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.

✗ ✔

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

✗

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/fuer-aerzte/probeneinsendung/indikationskriterien-molekulargenetik