

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

Überweisender Arzt (Name, Adresse)

Zusätzlicher Arzt (Name, Adresse)

MVZ genetikum GmbH
Dr. med. Mehnert & Kollegen

Probeneinsendeformular Postnatale Diagnostik^S

WICHTIG:

- Rückseite bitte von Patientin ausfüllen lassen. Einwilligungserklärung muss zur Diagnostik vorliegen!
- Bitte Laborüberweisungsschein (Muster 10) beilegen!
- **Sämtliche humangenetische Leistungen berühren nicht das Laborbudget!**

Entnahmedatum:

Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute

Abrechnung:

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

Befundmitteilungen an:

- überweisenden Arzt (s. o.)
 zusätzlichen Arzt (s. o.)
 Patient/in

Angeforderte Untersuchungen / Gen(e):

- Chromosomenanalyse (3 ml Heparin-Blut) Einzelgen (2 ml EDTA-Blut):
 Array-CGH (2 ml EDTA-Blut) Sonstiges:
 Whole exome ggf. Panel (2 ml EDTA-Blut)
 Trio-whole exome (2 ml EDTA-Blut auch der Eltern!)

Wurden bereits beim Patienten bzw. bei Angehörigen genetische Untersuchungen / Beratungen durchgeführt.

- nein
 ja, wo

ggf. Ergebnisse / Befunde:

Angaben zum Patienten

- weiblich männlich divers

Eigenanamnese / Verdacht / Symptome / Befunde / Diagnosen:

besteht eine Schwangerschaft: nein ja SSW _____ + _____

Konsanguinität der Eltern nein ja, wie: _____

ethnische Herkunft: _____
wichtig für Auswertung

Angaben zur Familienanamnese / evtl. Stammbaum

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

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____
 Wenn PST / Chromosomen o. B.: _____
 DGS: MLPA / FISH nativ / Kultur
 Array-CGH: nativ / Kultur
 NGS: TRIO-WES / HPO nativ / Kultur
 DNA: _____ nativ / Kultur

Proben-Nr.	MTA
Verknüpfungs-Nr.	X

ZG: _____
PST-Befund: _____
Karyotyp: _____
Banden: _____
Datum: _____
BL: _____

Probenversand

genetikum[®]Neu-Ulm
Wegenerstraße 15
89231 Neu-Ulm
Telefon 0731/98490-0
Telefax 0731/98490-20

genetikum[®]Stuttgart
Lautenschlagerstraße 23
70173 Stuttgart
Telefon 0711/2200923-0
Telefax 0711/2200923-20

genetikum[®]München
Weinstraße 11
80333 München
Telefon 089/24207670

genetikum[®]Prien
Hochriesstraße 21
83209 Prien
Telefon 08051/9632767

genetikum[®]Singen
Virchowstraße 10c
78224 Singen
Telefon 07731/9956231
www.genetikum.de
info@genetikum.de

Patient Nachname	Vorname	Geburtsdatum						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine genetische Untersuchung geplant. Nach Vorgabe des Gendiagnostikgesetzes (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. Eine Information 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 bzw. Liste) 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. sie vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen). Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem mit den Datenschutzbedingungen einverstanden (Informationen unter www.genetikum.de).



Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der **genetischen Untersuchung** des von mir entnommenen Probenmaterials ja nein
- der **Befundmitteilung** an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte (siehe Vorderseite) 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. Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor ja nein
- der **Eintragung der Untersuchungsergebnisse** in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken ja nein
- der **Verwendung** asservierter DNA von mir/meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte 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).


Über klinisch relevante **Zusatzbefunde** möchte ich informiert werden: 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 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 vorliegt bzw. die Kostenübernahme der PKV.

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 auf unserer homepage www.genetikum.de im Leistungsverzeichnis unter der entsprechenden Erkrankung.**